

Keller, Jörg  
Autismus-Spektrum-Störungen – Förder- und Therapiekonzepte als Chance oder  
Eingrenzung?  
<http://opus.bsz-bw.de/hsrt/>

ERSTE STAATSPRÜFUNG  
FÜR DAS LEHRAMT AN SONDERSCHULEN  
01.02.2012

AN DER  
FAKULTÄT FÜR SONDERPÄDAGOGIK  
DER PÄDAGOGISCHEN HOCHSCHULE LUDWIGSBURG  
IN VERBINDUNG MIT DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN  
MIT SITZ IN REUTLINGEN

WISSENSCHAFTLICHE HAUSARBEIT

THEMA:

Autismus-Spektrum-Störungen - Förder- und Therapiekonzepte als Chance  
oder Eingrenzung?

REFERENT: Prof. Dr. Rainer Trost

KOREFERENT: Akad. Oberrat Dr. Hartmut Sautter

Name: Jörg Keller



**Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Autismus–Spektrum–Störungen .....</b>	<b>4</b>
2.1    Erscheinungsformen und Klassifikation .....	4
2.1.1    Symptomatik des Frühkindlichen Autismus .....	5
2.1.2    Symptomatik des Asperger – Syndroms .....	6
2.2    Diagnostik .....	6
2.3    Ätiologie .....	8
2.4    Prävalenz .....	10
<b>3. Verhaltenstherapeutische und auf Lerntheorie basierende Verfahren.....</b>	<b>11</b>
3.1    ABA („Applied Behavior Analysis“) in Verbindung mit VB („Verbal Behavior“).....	11
3.1.1    Einführung in das ABA-Konzept.....	11
3.1.2    Durchführung der Förderung nach dem ABA-Konzept.....	12
3.1.2.1    Methoden zum Aufbau von Verhaltensweisen.....	12
3.1.2.2    Methoden zum Abbau von Verhaltensweisen.....	13
3.1.2.3    DTT („Discret Trial Teaching“).....	14
3.1.2.4    Optimierte und ergänzende ABA-Methoden .....	15
3.1.3    ABA in Kombination mit „Verbal Behavior“ .....	16
3.1.4    Die Anwendung des ABA-Konzeptes in der Praxis .....	17
3.1.5    Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des ABA-Konzeptes.....	19
3.1.6    Zusammenfassung unter Kritischer Reflexion .....	20
3.2    TEACCH („Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children“).....	24
3.2.1    Einführung in das TEACCH-Konzept .....	24
3.2.2    Durchführung der Förderung nach dem TEACCH-Konzept .....	25
3.2.2.1    Die TEACCH-Philosophie.....	25
3.2.2.2    Diagnostisches Vorgehen.....	26
3.2.2.3    Strukturierung und Visualisierung .....	26
3.2.2.4    „Structured Teaching“ .....	27
3.2.3    Die Anwendung des TEACCH-Konzeptes in der Praxis.....	29
3.2.4    Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des TEACCH-Konzeptes.....	31
3.2.5    Zusammenfassung unter Kritischer Reflexion .....	32
<b>4. Kommunikationsfördernde Verfahren .....</b>	<b>36</b>
4.1    PECS („Picture Exchange Communication System“) .....	36
4.1.1    Einführung in das PECS-Konzept .....	36
4.1.2    Durchführung der Förderung nach dem PECS-Konzept .....	37



4.1.2.1	Verhaltenstherapeutische Wirkprinzipien.....	37
4.1.2.2	Diagnostisches Vorgehen.....	38
4.1.2.3	Die Trainingsphasen.....	38
4.1.3	Die Anwendung des PECS-Konzeptes in der Praxis.....	41
4.1.4	Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des PECS - Konzeptes .....	42
4.1.5	Zusammenfassung unter Kritischer Reflexion .....	44
4.2	FC („Facilitated Communication“). .....	48
4.2.1	Einführung in das FC-Konzept .....	48
4.2.2	Durchführung der Förderung nach dem FC-Konzept .....	49
4.2.2.1	Rahmenbedingungen des FC-Konzeptes .....	49
4.2.2.2	Die Stütztechnik.....	50
4.2.3	Die Anwendung des FC-Konzeptes in der Praxis.....	52
4.2.4	Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des PECS-Konzeptes .....	53
4.2.5	Zusammenfassung unter Kritischer Reflexion .....	56
<b>5.</b>	<b>Verfahren zur Förderung sozialer Kompetenzen.....</b>	<b>60</b>
5.1	Social-Skill-Groups am Beispiel des Konzeptes „SOKO Autismus“ .....	61
5.1.1	Einführung in das Förderkonzept .....	61
5.1.2	Durchführung des sozialen Kompetenztrainings in der Gruppe .....	63
5.1.2.1	Organisation und Rahmenbedingungen .....	63
5.1.2.2	Methodisches Vorgehen.....	63
5.1.3	Die Anwendung sozialen Kompetenztrainings der Praxis .....	65
5.1.4	Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings.....	67
5.1.5	Zusammenfassung unter Kritischer Reflexion .....	69
5.2	Ergänzende und integrierende Sozialtrainingskonzepte .....	72
5.2.1	Social Stories / Comic Strip Convention .....	72
5.2.1.1	Vorstellung des Konzeptes „Social Stories“ / „Comic Strip Convention“ .....	72
5.2.1.2	Zusammenfassung unter Kritischer Reflexion .....	74
5.2.2	Theory-of-Mind-Training .....	75
5.2.2.1	Vorstellung des Konzeptes „Theory-of-Mind-Training“ .....	75
5.2.2.2	Zusammenfassung unter Kritischer Reflexion .....	76
5.2.3	Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie .....	77
5.2.3.1	Vorstellung des Konzeptes „Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie“ .....	77
5.2.3.2	Zusammenfassung unter Kritischer Reflexion .....	78
<b>6.</b>	<b>Körperbezogene Verfahren am Beispiel der „Sensorischen Integrationstherapie“ .....</b>	<b>78</b>
6.1	Sensorische Integrationstherapie.....	79
6.1.1	Einführung in das Konzept der Sensorischen Integrationstherapie.....	79

6.1.2	Durchführung der Sensorischen Integrationstherapie .....	80
6.1.2.1	Indikation .....	80
6.1.2.2	Diagnostisches Vorgehen.....	81
6.1.2.3	Behandlungsprinzipien .....	81
6.1.2.4	Methoden, Strategien und Medien .....	82
6.1.3	Die Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie in der Praxis .....	83
6.1.4	Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der Sensorischen Integrationstherapie.....	85
6.1.5	Zusammenfassung unter Kritischer Reflexion .....	87
 <b>7. Das Schneckenhaus – Ein Beispiel für eine Förderung für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen .....</b>		
		<b>90</b>
7.1	Das Konzept des Schneckenhauses.....	90
7.1.1	Leistungsanbieter: „Stiftung Jugendhilfe aktiv“ .....	90
7.1.2	Aufbau und Struktur des Schneckenhauses .....	90
7.1.3	Auftrag und Ziele des Schneckenhauses.....	91
7.1.3.1	Auftrag und Ziele im Bereich der Schule.....	91
7.1.3.2	Auftrag und Ziele im Bereich der Fördergruppe .....	91
7.1.4	Stufengliederung und Stufenprofile .....	92
7.1.5	Kooperative Tätigkeit.....	92
7.2	Förder- und (Therapie-)konzepte im Schneckenhaus .....	93
7.3	Die multimodale Förderung im Schneckenhaus als Chance für Kinder und Jugendliche mit ASS .....	96
7.4	Die Förderung im Schneckenhaus unter Betrachtung der Förder- und Therapiekonzepte aus Sicht des psychologischen Fachdienstes – Ergebnisse aus dem Interview mit Frau P.....	98
 <b>8. Zusammenfassende Diskussion .....</b>		<b>102</b>
 <b>Literatur- und Quellenverzeichnis.....</b>		<b>107</b>
 <b>Anhang .....</b>		<b>113</b>
A1)	Kriterien für die Einschätzung der Förder- und Therapiekonzepte .....	113
A2)	Beispiele für die Förderung im Schneckenhaus.....	118
A3)	Entwurf der Interviewfragen.....	121
A4)	Interview mit Frau P.....	122
 <b>Glossar und Abkürzungsverzeichnis.....</b>		<b>129</b>
 <b>Versicherung.....</b>		<b>133</b>

## **Vorwort**

Das Zustandekommen dieser Arbeit ergab sich aus der erlebten Praxis. Im Arbeitsfeld mit Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störungen war ich bislang unterschiedlichen Aussagen bezüglich der Anwendung von Förder- und Therapiekonzepten konfrontiert, wodurch es mir schwer fiel eine objektive Sichtweise auf die Interventionsverfahren zu erlangen.

Mit dieser Arbeit wollte ich den Anlass nutzen, mich intensiv und umfassend mit den Förder- und Therapiekonzepten auseinandersetzen, die aktuell im Kontext mit Autismus-Spektrum-Störungen diskutiert werden. Mein persönliches Ziel war es, meinen eigenen Standpunkt bzw. meine eigene Einstellung und Haltung bezüglich einzelner Förder- und Therapiekonzepten, aber auch bezogen auf eine generelle Anwendung von Förder- und Therapieinterventionen zu finden und diese zu festigen.

Für die beratende Unterstützung bedanke ich mich an dieser Stelle zunächst bei den betreuenden Dozenten Dr. H. Sautter und Prof. Dr. R. Trost. Des Weiteren danke ich Juliane Koucky, Katrin Pohl und Vera Mattes, die die Rohfassung dieser Arbeit kritisch Korrektur gelesen haben. Für hilfreiche Ideen und Anregungen bedanke ich mich darüber hinaus bei den Mitarbeitern des „Schneckenhauses“ der „Stiftung Jugendhilfe aktiv“.

Reutlingen, 15.01.2012

Jörg Keller

## 1. Einleitung

„Autisten“ – „Ah, da gibt es doch den Film „Rain Man“ mit Dustin Hoffman. Das war doch ein Autist<sup>1</sup>, oder?“ „Das sind doch die Personen, die bestimmte Dinge ganz gut können.“ „Autisten wedeln mit der Hand oder wippen hin und her und sind gedanklich in einer anderen Welt.“

Solche Assoziationen werden von Leuten geäußert, wenn sie mit dem Phänomen Autismus in Berührung kommen.

Auch wenn das Erscheinungsbild „Autismus“ in den vergangenen Jahren in der Fachwelt der Medizin, Psychologie und der Pädagogik an enormer Bedeutung gewonnen hat, ist dieses in der Gesellschaft bislang noch wenig bekannt. Auch nicht alle Fachleute verfügen über ausreichende Kenntnisse bezüglich Autismus-Spektrum-Störungen. Deswegen verwundert es nicht, wenn Betroffene nicht sofort einen klaren Befund zu ihrer gezeigten Symptomatik erhalten. Demnach kann der Weg zur Diagnose lang und umständlich sein. Nicht selten führt dieser von eigenen Feststellungen bzw. von Feststellungen der Eltern über das abweichende Verhalten, die Anpassungsschwierigkeiten, die Kommunikationsprobleme, die Belastungen und die Einschränkungen über diverse medizinische und psychologische Untersuchungen zu ganz unterschiedlichen Krankheitsbefunden, bis das Störungsbild „Autismus“ festgestellt wird. Erfahren die Betroffenen und deren Eltern schließlich, dass es sich um eine Störung aus dem Autismus-Spektrum handelt, stellt sich nicht nur für die Eltern und für die Betroffenen, sondern auch für viele Fachleute die Frage, wie man mit dieser Tatsache umgehen bzw. welche Intervention eingeleitet werden soll. Dieses stellt zunächst keine einfach zu klärende Frage dar.

Die Menge an Interventionsprogrammen gleicht heute nahezu einem „Irrgarten“. Mittlerweile gibt es zahlreiche Förder- und Therapiemöglichkeiten, um Autismus-Spektrum-Störungen zu begegnen. Eine bewährte „All-round-Therapie“ gibt es nicht. Welcher Weg der Therapie und Förderung ist also richtig? Darüber besteht auch in der Fachwelt noch Unklarheit. Die Uneinigkeit bezieht sich u.a. darauf, ob (einzelne) Förder- und Therapiekonzepte eine Chance für ein sozial angepasstes Verhalten, eine verbesserte Lebensqualität und somit eine höhere Teilhabe an der Gesellschaft leisten können oder ob diese eine Eingrenzung der persönlichen Entfaltung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)<sup>2</sup> darstellen und deren Phantasien, Kreativität, Spontaneität und Flexibilität einengen. Ein Praxisbeispiel soll diese Uneinigkeit kurz verdeutlichen. Im Kontext diverser Tätigkeiten im Arbeitsfeld mit autistischen Kindern und Jugendlichen konnte der Verfasser bislang häufig zwei entgegen gesetzte Haltungen und Einstellungen gegenüber Förder- und Therapiekonzepten für Menschen mit ASS erfahren. Solche Parteien, welche die Anwendung der Förder- und Therapiekonzepte als fast ausschließliches „Allheilmittel“ für Menschen mit ASS ansehen und andere Parteien, die Förder- und Therapiekonzepte gänzlich ablehnen. Beide Einstellungen beinhalten Chancen, aber auch Eingrenzungen für Menschen mit ASS. Die Vertreter der Konzepte sehen die Chance darin, dass durch eine speziell auf Autismus

---

<sup>1</sup> In dieser Arbeit wird die männliche Form verwendet, beinhaltet jedoch die männliche als auch die weibliche Anrede

<sup>2</sup> Autismus-Spektrum-Störungen werden im Folgenden als ASS abgekürzt

ausgerichtete Förderung bzw. Therapie die Möglichkeit geschaffen wird, die Welt für Menschen mit ASS zu erschließen und somit „geschlossene Türen“ durch gezielte und genau vorgegebene Vorgehensweisen geöffnet werden können. Dieses kritisieren die Gegner. Sie begründen dieses damit, dass die Förderung ein „Korsett“ darstellt und für eine individuell ausgerichtete flexible Förderung nicht mehr zugänglich ist und die persönliche Entfaltungsfreiheit eingeschränkt wird. Bei einer gänzlich ablehnenden Haltung besteht die Gefahr aber darin, dass Chancen vertan werden und möglicherweise geringere Entwicklungsforschritte erzielt werden, weil autismusspezifische Fördertheorien auf Grund flexiblerer Interventionen, missachtet werden. Dieser Konfliktpunkt stellt den zentralen Aspekt in dieser Thematik dar. Daraus ergibt sich die zentrale und für diese Arbeit leitende Fragestellung: *„Stellen Förder- und Therapiekonzepte für Menschen mit ASS eine Chance oder Eingrenzung dar?“*

Die einzelnen Förder- und Therapiekonzepte werden hinsichtlich ihrer Chancen und Grenzen bzw. ihren Vor- und Nachteilen betrachtet. Ziel ist es, diesen allgemeinen, aber sehr zentralen Konfliktpunkt, wissenschaftlich zu beleuchten und eine Klärung bezüglich der zentralen Fragestellung zu schaffen. Die gewonnene Erkenntnis soll den Entwicklungen einer individuell zugeschnittenen Förderung dienen.

Nicht alle Förder- und Therapiekonzepte, die im Zusammenhang mit einer Intervention bei ASS stehen, können in dieser Auseinandersetzung diskutiert werden. Diese Arbeit unterliegt begrenzten Möglichkeiten. Deshalb wird das Augenmerk auf die aktuell gängigen und auf die für die Praxis relevantesten Verfahren (aus der Sicht des Verfassers) gelegt.

Der Frage, ob Förder- und Therapiekonzept für Menschen mit ASS eine Chance oder Eingrenzung darstellt, wird nachgegangen, indem die einzelnen Förder- und Therapiekonzepte zunächst unter den einführenden Aspekten (Verortung des Konzeptes, Ziele, Zielgruppe) betrachtet werden. Im Weiteren wird dann auf das methodische Vorgehen, deren Übertragbarkeit auf die Praxis, auf den wissenschaftlichen Erkenntnisstand und auf eine abschließende zusammenfassende Reflektion des Konzeptes bezüglich der zentralen Fragestellung, eingegangen. Dabei erfolgt die Betrachtung im Wesentlichen unter folgenden Kriterien: Individuelle Anpassung, persönliche Entfaltung, Spontaneität / Flexibilität, Forschungsergebnisse, Integration weiterer Förder- und Therapieansätze, Generalisierung und Übertragung des Gelernten auf den Alltag, Umsetzung in der Praxis / Organisation, Interpretation / Verstehbarkeit der Methode, Eingehen auf autismusspezifischen Förderbedarf.

An dieser Stelle sei noch erwähnt, dass im Zusammenhang dieser Ausarbeitung die Begriffe „Förder- und Therapiekonzepte“ synonym mit den Begriffen „Verfahren“, „Methoden“, „Techniken“, „Ansätze“, „Programme“ und „Trainingsformen“ verwendet werden.

Nach den einleitenden Erläuterungen, wird die Auseinandersetzung mit dem Thema folgendermaßen gegliedert:

Das zweite Kapitel dieser Arbeit bezieht sich auf eine (medizinische) Klärung der Autismus-Spektrum-Störungen. Kenntnisse über die unterschiedlichen Erscheinungsformen und der

Klassifikation, die damit verbundene Symptomatik, Diagnostik, Ätiologie und Prävalenz bilden die Grundlage für das Verständnis dieses Störungsbildes.

Ab dem dritten Kapitel werden die Förder- und Therapiekonzepte für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen betrachtet.

Kapitel drei bezieht sich auf Verfahren, welche überwiegend auf der Lerntheorie basieren. Zunächst wird ein umfassendes verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Programm, das „Applied-Behavior-Analysis“-Konzept, betrachtet. Unter Berücksichtigung der Frage danach, ob das Konzept eine Chance oder Eingrenzung darstellt, wird dem Leser unter Betrachtung der oben benannten Kriterien das Konzept nahe gebracht. Im weiteren Schritt wird das Augenmerk auf das TEACCH-Konzept gelegt. In welche Kategorie sich dieser Ansatz einbinden lässt, welche Ziele verfolgt werden, ob alle Menschen mit ASS von diesem Konzept profitieren und welche Personen dieses maßgeblich entwickelt haben, wird einführend geklärt. Die gewählten Kriterien liegen auch der Betrachtung des TEACCH-Ansatzes und den weiteren Förder- und Therapieansätzen dieser Arbeit zugrunde.

Welche Möglichkeiten durch die Kommunikationsförderung für Menschen mit ASS bestehen, wird im vierten Kapitel beleuchtet. Hierbei wird der Bezug auf zwei bekannte Konzepte gelegt, dem „Picture Exchange Communication System“ und der „Facilitated Communication“.

Ein sehr bedeutender Förderschwerpunkt stellt die Stärkung und Verbesserung der sozialen Kompetenz dar. Damit beschäftigt sich das fünfte Kapitel. Am Beispiel des Konzeptes „SOKO Autismus“ wird verdeutlicht, wie „Social-Skill-Groups“ zu einem Aufbau der sozialen Kompetenz beitragen. In den Rahmen des Sozialen Kompetenztrainings lassen sich weitere Konzepte integrieren, die das Programm ergänzen können. Auf drei solcher Konzepte wird im zweiten Unterkapitel kurz eingegangen und jeweils dahingehend reflektiert, ob sie eine Chance oder Eingrenzung darstellen.

Das sechste Kapitel berücksichtigt ein körperbezogenes Verfahren. Die sensorische Integrationstherapie stellt ein umfassendes Konzept dar, welches unter anderem für Kinder mit ASS angewandt wird. Unter den oben beschriebenen Kriterien wird das Therapieprogramm dargestellt und abschließend kritisch reflektiert.

Das Schneckenhäus der Stiftung Jugendhilfe aktiv ist eine Institution, welche es sich zur Aufgabe gemacht hat, Kinder und Jugendliche mit ASS zu fördern. Die Einrichtung wird dem Leser vorgestellt, woraufhin verdeutlicht wird, welche Förder- und Therapiekonzepte dort aufgegriffen werden. Abschließend wird am Beispiel des Schneckenhauses aufgezeigt, wie eine ganzheitliche Förderung realisiert werden kann. Des Weiteren fließen hier Äußerungen einer Heilpädagogin des psychologischen Fachdienstes der „Stiftung Jugendhilfe aktiv“ ein. Damit befasst sich das siebte Kapitel.

Die zusammenfassende Diskussion stellt das letzte Kapitel dar und gibt auf die leitende Fragestellung eine klärende Antwort.

## 2. Autismus-Spektrum-Störungen

„Diagnose: Autismus“ – „Was ist Autismus?“ Diese Frage werden sich Eltern vermutlich als erstes stellen, wenn ihr Kind eine Diagnose aus dem Autismus-Spektrum erhält. Diese häufig gestellte Frage wird im folgenden Kapitel beantwortet, indem dem Leser zunächst die unterschiedlichen Erscheinungsformen und Ursachen, die in Verbindung mit Autismus-Spektrum-Störungen stehen, dargelegt werden.

### 2.1 Erscheinungsformen und Klassifikation

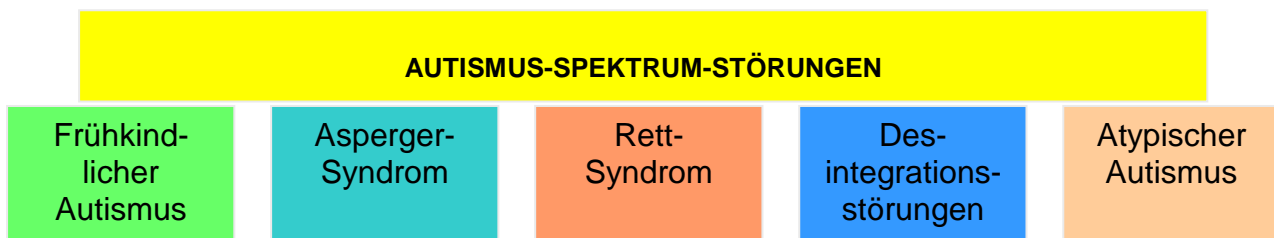
Die autistischen Syndrome zählen nach den beiden gängigen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV) zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Der Begriff „tiefgreifend“ fasst eine Gruppe von Störungen zusammen, die vermutlich biologische Ursachen haben, von Geburt an vorliegen oder in den ersten Lebensjahren auftreten und persistieren (vgl. POUSTKA et. al 2004 8). Hierbei ist eine Gruppe von Störungen zusammengefasst, die durch zwei Merkmale gekennzeichnet sind:

- durch qualitative Beeinträchtigungen in der gegenseitigen Interaktion und Kommunikation und
- durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten (vgl. REMSCHMIDT 2005 186).

Die Ausprägung des Autismus hat eine große Variationsbreite. Die einzelnen Störungen treten bei den Betroffenen in unterschiedlicher Intensität auf. Die Beeinträchtigungen bestehen häufig vom frühen Kindesalter an und verfestigen sich dann in den ersten fünf Lebensjahren. Ein weiteres wesentliches Merkmal der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen ist, dass sich die Störungen nicht zurückbilden, sondern bis in das Erwachsenenalter bestehen und durch therapeutische Behandlungen reduziert, jedoch nicht geheilt werden können (vgl. ebd.).

Mit der Verwendung des Begriffs „Autismus-Spektrum-Störungen“ wird das Kontinuum von Symptomen und Schweregraden angesprochen. Dabei soll verdeutlicht werden, dass sich die unterschiedlichen Formen der autistischen Störungen bei dem betroffenen Personenkreis differenziert ausprägen und sich bei ein und derselben Person im Laufe seiner Entwicklung verändern kann (vgl. BERNHARD-OPITZ 2005 13).

Autismus als tiefgreifende Entwicklungsstörung hat verschiedene Varianten und Ausdrucksformen. Laut STÜMPFIG (vgl. 2010 110ff) umfassen Autismus-Spektrum-Störungen folgende Störungsbilder:



Das „Asperger-Syndrom“ und der „Frühkindliche Autismus“ gelten als die bekanntesten Formen der Autismus-Spektrum-Störungen. Wenn nicht alle Kriterien des Frühkindlichen Autismus gegeben sind, spricht man von einem Atypischen Autismus (vgl. AMOROSA 2010 21). In dieser Arbeit werden das Asperger-Syndrom und der Frühkindliche Autismus näher betrachtet als das Rett-Syndrom, der Atypische Autismus und die Desintegrationsstörungen, da die zuletzt

genannten seltener auftreten und oft separat erwähnt werden. Das Spektrum der autistischen Störung bezieht des Weiteren folgende Unterscheidungen der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen mit ein:

(vgl. STÜMPFIG (2010 110 /  
BERNHARD-OPITZ 2005 14.)

**High-functioning Autismus**  
(Frühkindl. Autismus mit hohem Funktionsniveau)

**Autismus + geistige Behinderung bzw. Low-Functioning-Autismus** (Überaktive Störung mit Intelligenzminderung)

**Unspezifische Entwicklungsprobleme**

### 2.1.1 Symptomatik des Frühkindlichen Autismus

Die Hauptsymptome des Frühkindlichen Autismus sind (vgl. REMSCHMIDT 2008 17):

1. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion zum Beispiel bei nonverbalen Verhaltensweisen wie Blickkontakt etc., Beziehungsaufnahme zu Gleichaltrigen und Ausdruck von Gefühlen.
2. Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation zum Beispiel durch verzögerte oder ausbleibende Sprachentwicklung, stereotyper oder repetitiver Gebrauch der Sprache sowie das Fehlen von entwicklungsgemäßen Rollen- und Imitationsspielen.
3. Beschränkte repetitive und stereotype Verhaltensweisen, Interessen und Aktivitäten.
4. Unspezifische Probleme wie Befürchtungen, Phobien, Schlaf- und Essstörungen, Wutausbrüche, Aggressionen und Selbstverletzung.
5. Manifestation vor dem 3. Lebensjahr.

Bei der Beobachtung von Kindern mit frühkindlichem Autismus fallen vor allem die folgenden drei Verhaltensweisen auf:

(vgl. ebd.)

- extreme Abkapselung gegenüber der Umwelt
- ängstliches Festhalten am Gewohnten (Veränderungsangst)
- besondere Sprachauffälligkeit

Durch die Abkapselung zeigt sich eine extreme Kontaktstörung. Die Beziehungsaufnahme zu Personen, Ereignissen und Dingen ist abnorm und die Zeichen der kindlichen Kontaktaufnahme zu den Eltern fehlen häufig.

Einige Kinder mit frühkindlichem Autismus zeigen eine intensive Zuwendung zur sachlichen Umwelt. Wenn sie älter werden, wird ein Fehlen des kooperativen Spielens deutlich und die Unfähigkeit, freundschaftliche Bindungen mit anderen Kindern einzugehen, sowie das nicht vorhandene Einfühlungsvermögen in die Gefühle anderer Menschen werden zunehmend erkennbar.

Das ängstliche Festhalten am Gewohnten kann sich darin zeigen, dass die Kinder in Angst- und Panikzustände geraten, wenn man in ihrer unmittelbaren Umgebung etwas verändert.

Weiter sind eine verzögerte Sprachentwicklung, eine Neigung zur Wortneubildung und Echolalien markante Sprachauffälligkeiten bei Kindern mit frühkindlichem Autismus. Viele Kinder sprechen von sich aus in der dritten Person und lernen erst sehr spät, die eigene Person mit „ich“ zu besetzen. Ihre Stimmelmelodie ist wenig angepasst, sondern monoton (vgl. REMSCHMIDT 2008 18).

Ein weiteres Merkmal ist, dass manche Kinder zwanghafte Züge zeigen, zum Beispiel in Bezug auf Speisen. Manche Menschen mit Autismus gehen beim Essen nach einem bestimmten Muster vor.



Ändert sich die Vorgehensweise kann es sein, dass dann die Sicherheitsstruktur für Menschen mit Autismus verloren geht und sie mit der „zerstörten“ Situation überfordert sind (vgl. REMSCHMIDT 2000 16 ff).

### 2.1.2 Symptomatik des Asperger-Syndroms

Bei dieser Störung handelt es sich um ein autistisches Syndrom, das in der Regel später als der frühkindliche Autismus diagnostiziert wird. Hans APERGER nannte das Syndrom „Autistische Psychopathie“. Auf Grund dieser Definition müsste man das Asperger-Syndrom zu den Persönlichkeitsstörungen rechnen. Die derzeitigen Klassifikationssysteme zählen die Störung jedoch, ebenso wie den frühkindlichen Autismus, zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (vgl. REMSCHMIDT 2000 42).

Das Asperger Syndrom lässt sich nach ICD-10 und DSM-IV folgendermaßen charakterisieren:

ICD-10	DSM-IV
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fehlen einer Sprachentwicklung oder eine Verzögerung der kognitiven Entwicklung. Die Diagnose erfordert, dass einzelne Worte im 2. Lebensjahr oder früher benutzt werden.</li> <li>2. Qualitative Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktionen (entsprechend den Kriterien des frühkindlichen Autismus).</li> <li>3. Ungewöhnliche und sehr ausgeprägte umschriebene Interessen (ausgestanzte Sonderinteressen) und stereotype Verhaltensmuster.</li> <li>4. Die Störung ist nicht einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung zuzuordnen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion in mehreren (min. 2) Bereichen: z.B. bei non-verbalem Verhalten, in der Beziehung zu Gleichaltrigen, in der emotionalen Resonanz.</li> <li>2. Beschränkte repetitive und stereotype Verhaltensmuster (z.B. in den Interessen, Gewohnheiten oder der Motorik)</li> <li>3. Klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen.</li> <li>4. Kein klinisch bedeutsamer Sprachrückstand und keine klinisch bedeutsame Verzögerungen der kognitiven Entwicklung.</li> <li>5. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien einer anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörung.</li> </ol>

(vgl. REMSCHMIDT/KAMP-BECKER 2006 19)

Abgegrenzt werden muss das Asperger-Syndrom von einer Schizophrenie. Im Gegensatz zu einer solchen kommen beim Asperger-Syndrom keine Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder „verrückte“ Wahrnehmungen vor. Allerdings ist in diesem Zusammenhang zu erklären, dass Menschen mit Asperger-Syndrom dekompensieren und in einen psychoseähnlichen Zustand ableiten können, wenn sie auf Grund unüberwindbarer äußerer Anforderungen nach Anpassung unsicher, verwirrt und ratlos, vielleicht auch übermäßig angepasst und chaotisch werden. Nachdem die sichere Routine des Alltags wiederhergestellt ist, verschwinden auch diese Verwirrungszustände und das gewohnte rigide Verhalten kehrt zurück (vgl. JORGENSEN 1998 35 ff).

## 2.2 Diagnostik

Eine autistische Störung zu diagnostizieren stellt kein leichtes Unterfangen dar und führt nicht selten zu Problemen in Form von Fehldiagnosen. Kompensationsmechanismen können die Symptome, welche dem Autismus entsprechen, überlagern. Aktuell können keine somatoorganischen Befunde zum Nachweis von Autismus geliefert werden. Die Diagnose bezieht sich auf eine sorgfältige Anamnese, Beobachtung, standardisierte Interviews,

Beobachtungsskalen, Dimensionale Fragebögen, Fragebögen zur Selbstbeurteilung, Skalen zur Verlaufs- und Förderdiagnostik und Screening-Fragebögen (vgl. BÖLTE 2010 89). Standardisierte psychodiagnostische Skalen gelten als hilfreich, um valide Aussagen über den psychischen Zustand des Kindes zu bekommen. Die „Checklist for Autism in Toddlers“ eignet sich zum Beispiel, um bei Kindern, welche die Eltern wegen bestimmter Verhaltens- und Entwicklungsprobleme vorstellen, ein Screening bezüglich einer autistischen Störungen durchzuführen.

A: Fragen an die Eltern	B: Verhaltensmerkmale in der Untersuchungssituation
A.1 Spielt Ihr Kind gerne Hoppe- Hoppe- Reiter?	B.1 Hat das Kind in der Untersuchungssituation Blickkontakt aufgenommen?
A.2 Hat Ihr Kind Interesse an anderen Kindern?	B.2 Aufmerksamkeit des Kindes überprüfen: Auf einen bestimmten Gegenstand im Raum zeigen und sagen „Schau, das ist ein ... (z. B. Auto).“
A.3 Klettert Ihr Kind gerne?	B.3 So-tun-als-ob-Spiel überprüfen: Spielzeugtasche und Spielzeugkanne geben und sagen „kannst du eine Tasse Tee trinken?“
A.4 Spielt Ihr Kind soziale Spiele?	B.4. Sagen Sie: „Kannst du mir das Licht zeigen? Wo ist das Licht“ Beobachten Sie, ob das Kind mit dem Zeigefinger zeigt.
A.5 Spielt Ihr Kind „So – tun als ob“- Spiele (z.B. So tun, als ob es Tee kocht oder trinkt)?	B.5 Kann das Kind mit Klötzchen einen Turm bauen (wenn ja, wie viele Klötze benutzt es)?
A.6 Benutzt Ihr Kind den Zeigefinger, um bestimmte Gegenstände, die es haben möchte, zu bekommen?	
A.7 Benutzt Ihr Kind den Zeigefinger, um auf bestimmte Objekte aufmerksam zu machen und somit sein Interesse mit Ihnen zu teilen?	
A.8 Kann Ihr Kind Spielzeug auf sinnvolle Weise benutzen (z.B. Autos richtig fahren lassen)	
A.9 Bringt Ihr Kind Ihnen Gegenstände, um Ihnen etwas zu zeigen und Ihr Interesse zu wecken	

(*Checklist für Autism in Toddlers*) (vgl. NOTERDAEME 2010 163)

Die meist verwendeten Instrumente der Diagnostik von ASS sind jedoch das standardisierte, halbstrukturierte untersuchungsgeleitete Interview „Autism Diagnostic Interview-Reward“ (ADI-R), und das halbstandardisierte Spielinterview „Autism Diagnostic Observation Schedule“ (ADOS) sowie die Beobachtungsskala „Childhood Autism Rating Scale“ (CARS) (vgl. NOTERDAEME 2010 16f.).

Um eine stichhaltige Diagnose zu erhalten, ist eine umfassende Abklärung zu gewährleisten, welche bestimmte Leitlinien der Diagnostik vorsieht:

Früherkennung
Exploration und Befragung der Bezugspersonen
Verhaltensbeobachtung und/oder Exploration und Verhaltensanalyse
Testpsychologische Untersuchungen
Körperliche und neurologische Untersuchungen
Multiaxiale Klassifikation
Verlaufskontrolle

Gelb unterlegt: Mindestanforderungen an die Diagnostik; Weiß unterlegt: optionale, aber häufig notwendige diagnostische Maßnahmen (Poustka et al. 2004 45).

Für die Förderung von Kindern mit ASS ist eine Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten ein wichtiger Teil einer ganzheitlichen Diagnostik. Zur Feststellung der Entwicklung bzw. der Intelligenz eignen sich u.a. Tests wie der „Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder“ (HAWIK-III) oder der „Kaufman Assessment Battery for Children“ (K-ABC). Bei Personen mit ASS, die sich

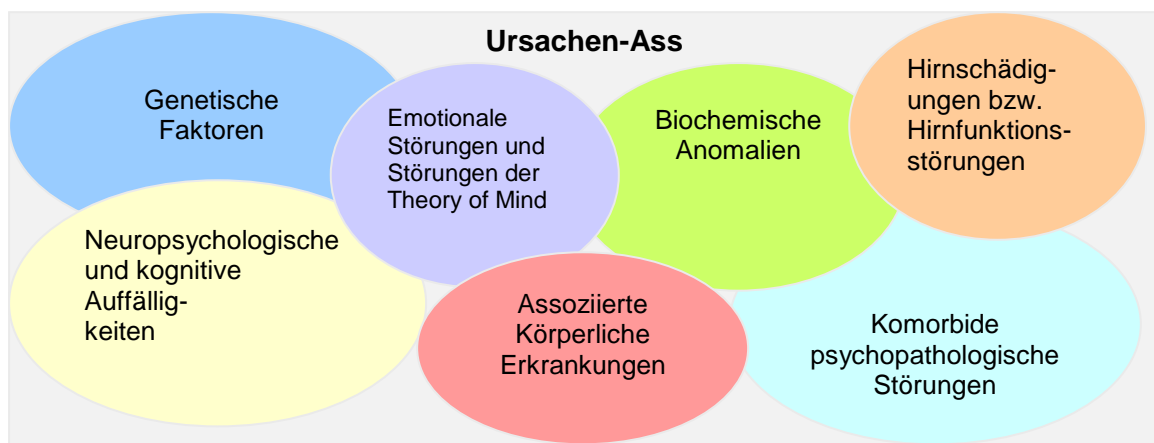
nicht sprachlich ausdrücken, können nonverbale Intelligenztests wie zum Beispiel der „Snijders-Oomen nicht-verbaler Intelligenztest“ (SON) verwendet werden (vgl. POUSTKA et. al 2004 76 ff.).

## 2.3 Ätiologie

In den älteren Forschungsarbeiten bezüglich der Ätiologie der Autismus-Spektrum-Störungen versuchte man eine einheitliche Ursachengruppe ausfindig zu machen. Als verfehlt hat sich die psychoanalytisch begründete Theorie von Bettelheim herausgestellt. Die Theorie besagte, dass eine negative Mutter-Kind-Beziehung für die Entstehung des Autismus ausschlaggebend sei (vgl. ROLLET 2002 726). Bis heute ist die Ursache des Autismus nicht vollständig geklärt. Man geht davon aus, dass Autismus-Spektrum-Störungen nicht durch eine alleinige Ursache erklärbar sind, sondern einen mehrdimensionalen Hintergrund haben.

Aufgrund vielfältiger Forschungsbemühungen gibt es heute keinen Zweifel mehr an einer biologischen Pathogenese der autistischen Syndrome, dennoch fehlt bislang ein schlüssiges Modell.

Die bislang vorliegenden Ergebnisse sprechen jedoch für die Beteiligung folgender Faktoren:



(REMSCHMIDT/KAMP-BECKER 2006 34)

### Genetische Faktoren:

Die Ergebnisse aus der Familien- und Zwillingsforschung sprechen für eine genetische Grundlage der autistischen Störung. Als sehr wahrscheinlich wird die Verursachung des Autismus unter der Beteiligung von vier bis zehn Genen angesehen (vgl. TSCHÖPE 2005 106). Nach dem heutigen Forschungsstand hat vor allem der frühkindliche Autismus eine starke genetische Grundlage. In Familienstudien finden sich zahlreiche Hinweise auf eine familiäre Häufung des frühkindlichen Autismus. Darüber hinaus zeigen Familienstudien, dass nicht nur das Vollbild autistischer Störungen gehäuft vorkommt, sondern auch einzelne Merkmale, wie zum Beispiel stereotype Verhaltensweisen oder ausgeprägte Kontaktstörungen (vgl. REMSCHMIDT 2005 194).

Bei den Untersuchungen zum Asperger-Syndrom bestehen nicht so viele Ergebnisse wie zum frühkindlichen Autismus. Jedoch gibt es auch beim Asperger-Syndrom Hinweise auf familiäre Häufungen von ähnlichen oder gleichen „abnormen“ Persönlichkeiten. Asperger hat bereits beschrieben, dass fast alle, der von ihm untersuchten, Kinder mindestens einen Elternteil mit ähnlichen Persönlichkeitsmerkmalen hatten.

De LONG und NOHRIA haben darauf hingewiesen, dass Kinder mit Asperger-Syndrom oder „High functioning“ Autismus häufig nahe Verwandte haben, die an einer bipolaren oder unipolaren affektiven Störung leiden. Daraus ziehen sie den Schluss, dass „High functioning“ Autismus bzw. Asperger-Syndrom möglicherweise die früheste Manifestation einer affektiven Störung sein kann (vgl. REMSCHMIDT 2000 52).

### Biochemische Anomalien:

Die Ergebnisse biochemischer Untersuchungen sind noch nicht eindeutig interpretierbar. In Untersuchungen verschiedener Stoffwechselprozessen wurden hinsichtlich einer Reihe von Hormonen und Nervenbotenstoffen (Neurotransmitter) quantitative Veränderungen gefunden. So wurden bei Kindern mit Autismus Abweichungen im Adrenalin- und Noradrenalin Spiegel sowie im Dopaminspiegel festgestellt. Weiterhin wurde unter anderem eine Erhöhung bestimmter Endorphine in Verbindung mit einer verminderten Schmerzempfindlichkeit beobachtet. In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass bei Kindern mit frühkindlichem Autismus erhöhte Blutspiegel des Neurotransmitters Serotonin zu finden sind (vgl. REMSCHMIDT 2000 31).

**Neuropsychologische Defizite:**

Im Bereich der neuropsychologischen Defizite werden folgende Bereiche als psychologische Korrelate autistischer Störung untersucht:

Intelligenzstruktur, exekutive Funktionen (Planungsprozesse, Vorschau und zielgerichtetes Handeln), Störungen der „Theory of Mind“ und schwache zentrale Kohärenz.

In Bezug auf die Intelligenzstruktur findet sich bei Kindern und Jugendlichen mit frühkindlichem Autismus eine Tendenz zu guten Leistungen bei visuell räumlichen Fähigkeiten und mechanischen Gedächtnisfunktionen. Bei Kindern und Jugendlichen mit Asperger-Syndrom findet sich häufig eine enorme Diskrepanz zwischen dem Verbal-IQ, der deutlich höher ausfällt und dem Handlungs-IQ.

Im Bereich der exekutiven Funktion konnte durch viele Untersuchungen festgestellt werden, dass Menschen mit einer autistischen Störung in diesen Bereichen Defizite zeigten.

Unter Theorie-of-Mind versteht man die Fähigkeit, den psychischen Zustand anderer Personen zu erfassen. Eine große Zahl an Studien hat gezeigt, dass Menschen mit Autismus in diesem Bereich Schwierigkeiten haben.

Die Theorie der zentralen Kohärenz besagt, dass Wahrnehmung und Denken bei Menschen mit Autismus durch eine geringe zentrale Kohärenz geprägt ist. Reize werden nicht in ihrem Bezugssystem zu anderen Reizen und Informationen gesehen. Dies bedeutet, dass sie weniger den Kontext und die Zusammenhänge von Gegenständen und Objekten beachten, sondern ihre Wahrnehmung auf einzelne oder auch isolierte Details richten.

Möglicherweise gibt es eine Überlappung der Defizite in diesen Funktionsbereichen und verschiedene Veränderungen im Verlauf der Entwicklung. Nach diesen Ergebnissen führen diese Störungen zu einem basalen Defizit, das viele Symptome des Asperger-Syndroms und des „High functioning“ Autismus erklärt (vgl. REMSCHMIDT 2005 194).

**Hirnschädigungen bzw. Hirnfunktionsstörungen:**

In mehreren Untersuchungen wird berichtet, dass Kinder mit Asperger-Syndrom vorgeburtliche oder geburtsbegleitende (prä- oder perinatale) Komplikationen erlitten haben. Insgesamt scheint die Häufigkeit cerebraler Dysfunktion nach prä- oder perinataler Komplikation bei Kindern mit Asperger-Syndrom niedriger zu sein, als bei Kindern mit „High functioning“ Autismus.

Aus Untersuchungsergebnissen kann geschlossen werden, dass sowohl das Asperger-Syndrom als auch andere autistische Syndrome die Konsequenz einer Entwicklungsstörung neuronaler Netze sind, die ihrerseits zu einer Störung der Verarbeitung komplexer Informationen führt. Diese Fehlentwicklung wird möglicherweise durch genetische Faktoren, Hirnschädigung und/oder Umwelteinflüsse mitbedingt (vgl. REMSCHMIDT 2000 53).

Zusammenfassend kann kein Zweifel bestehen, dass Hirnschädigungen und Hirnfunktionsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Autismus eine große Rolle spielen. Diese Ergebnisse sind aber immer noch sehr uneinheitlich, was Entstehungszeitpunkt, Ort und Schwere der Störung betrifft.

**Assoziierte körperliche Erkrankungen:**

Es wurde eine Vielzahl von körperlichen Erkrankungen identifiziert, die überzufällig gehäuft mit Autismus einhergehen: Epilepsie, Tuberöse Sklerose, Fragiles X-Syndrom, Neurofibromatose und unbehandelte Phenylketonurie.

Wie der jeweilige Zusammenhang zwischen diesen Erkrankungen und der autistischen Störung zu verstehen ist, ist noch nicht geklärt (vgl. REMSCHMIDT 2005 194).

**Wechselwirkung dieser Faktoren:**

Es ist davon auszugehen, dass die bislang beschriebenen Einflüsse im Hinblick auf die Ursachen des Autismus miteinander in Wechselwirkung stehen. So können Erbeeinflüsse ein Kind verletzlich machen gegenüber externen Schädigungen. Affektive und kognitive Störungen können dazu führen, dass Kinder in ihrer Gesamtentwicklung zurückbleiben und damit vermehrt solche Verhaltensweisen zeigen, die jüngeren Kindern entsprechen. Derartige nicht altersentsprechende Verhaltensweisen rufen ihrerseits wiederum im sozialen Netz der Kinder Reaktionen hervor, die dem Entwicklungsstand des Kindes möglicherweise nicht gerecht werden. Die in jüngerer Zeit bekannt gewordenen strukturellen und funktionellen Defizite im Gehirn haben unweigerlich Fehlverarbeitungen von Umweltreaktionen zur Folge, die wiederum dazu führen können, dass die Kinder ihre altersgemäßen Entwicklungsaufgaben nicht lösen können, was ihre Defizite noch verstärkt (vgl. REMSCHMIDT 2000 36).

Abschließend lässt sich also hinsichtlich der ursächlichen Faktoren der Autismus-Spektrum-Störungen sagen, dass die Forschung zum aktuellen Zeitpunkt davon ausgeht, dass Autismus das Ergebnis einer genetischen Disposition, die in Verbindung mit hirnanorganischen Störungen die Entwicklung der Informations- und Wahrnehmungsverarbeitung in der Form eines kognitiven Defizits beeinträchtigt, ist (vgl. TSCHÖPE 2005 108).

## 2.4 Prävalenz

Autismus hat in den vergangenen Jahren in der Gesellschaft an Bedeutung gewonnen. Zunehmend mehr wird in der Öffentlichkeit über das Phänomen „Autismus“ gesprochen. Aber woran liegt das? In Fachkreisen wird aktuell darüber diskutiert, ob Autismus tatsächlich häufiger vorkommt. Zu dieser Sachlage gibt es unterschiedliche Hypothesen. Nicht wenige Fachleute sind der Meinung, dass die „wahre Häufigkeit“ der Autismus-Spektrum-Störungen relativ konstant geblieben ist und die gestiegenen Zahlen mit der Information, Aufklärung und Sensibilität zusammenhängen. Dieses steht im Zusammenhang damit, dass neue diagnostische Strategien, effektivere Forschungsmethoden, Kenntnisse über die Erscheinungsformen und eine frühere und zuverlässigere Diagnostik im Kontext der Autismus-Spektrum-Störungen entwickelt wurden (vgl. POUSTKA et al. 2004 18).

In der Literatur findet man unterschiedliche Aussagen bezüglich der Prävalenz. REMSCHMIDT und KAMP-BECKER (2005 186) stellen folgende Zahlen auf:

<i>Alle tiefgreifenden Entwicklungsstörungen</i>	60 -70 / 10.000
- mit geistiger Behinderung	25 – 50 %
- milde bis moderate Beeinträchtigung der Intelligenz	30%
- durchschnittliche Intelligenz	29 – 60 %
<b>Frühkindlicher Autismus</b>	<b>10 / 10.000</b>
- mit Lernbehinderung / geistiger Behinderung	ca. 80%
Atypischer Autismus	1,9 – 10,9 / 10.000
<b>Asperger – Syndrom</b>	<b>2,5 – 48 / 10.000</b>
Rett – Syndrom	<1/10.000
Desintegrative Störungen	0,2 / 10.000

Betrachtet man das Auftreten von ASS hinsichtlich des Geschlechts, so lässt sich feststellen, dass Jungen 3 bis 4-mal häufiger autistische Verhaltensweisen zeigen als Mädchen. Dieses Ungleichgewicht bei den Geschlechtern äußert sich beim Asperger-Syndrom noch deutlicher. Sind Mädchen vom „Frühkindlichen Autismus“ betroffen, so zeigen diese durchschnittlich stärker ausgeprägte autistische Verhaltensweisen als Jungen (vgl. POUSTKA et al. 2004 18).

### 3. Verhaltenstherapeutische und auf Lerntheorie basierende Verfahren

#### 3.1 ABA („Applied Behavior Analysis“) in Verbindung mit VB („Verbal Behavior“)

ABA ist ein umfassendes verhaltenstherapeutisches Programm. In Deutschland wird dem Konzept eine wachsende Aufmerksamkeit eingeräumt. Kann das Verfahren, welches auf der mechanisch wirkenden Vorgehensweise der Verhaltenstherapie basiert, eine wirkliche Chance in Bezug auf eine Verhaltensmodifikation bei Menschen mit ASS sein? Im Folgenden wird das Konzept diesbezüglich betrachtet.

##### 3.1.1 Einführung in das ABA-Konzept

Das Applied-Behavior-Analysis-Konzept (= angewandte Verhaltensanalyse) ist ein umfassendes verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm (vgl. FREITAG 2008 111) mit dem Ziel, die Umwelt so zu modifizieren, dass Menschen mit ASS davon lernen können. Das klassische ABA wurde von LOVAAS entwickelt. Die Grundlage für die Verhaltenstherapie und damit auch für ABA liefert die Lerntheorie. Die Hauptziele von ABA sind der Abbau von Verhaltensproblemen, wie zum Beispiel Zwänge oder Selbststimulation und der Aufbau oder die Erweiterung von angemessenen Fähigkeiten zum Beispiel in den Bereichen Sozialverhalten und Kommunikation (vgl. BERNHARD-OPITZ 2009 246).

Durch gezieltes Einsetzen von Verstärkern aber auch durch Lernen am Modell soll der Lernprozess, welcher sich durch einen langen Zeitraum mit hoher Therapieintensität kennzeichnet, in kleinen Schritten bzw. Zielen geschehen. Als Lernziele für Kinder bzw. Jugendliche mit Autismus werden im ABA-Programm folgende angesehen:

- Sprache verstehen
- Aufbau kommunikativer Sprache
- altersgemäße Spielfähigkeiten
- Aufbau abstrakter Konzepte
- schulische Fähigkeiten
- Perspektive anderer verstehen
- Lernen auf Interaktion zu reagieren
- Interaktionen initiieren und aufrecht erhalten

Bestehendes Wissen soll gesichert werden. Routinen werden aufgebaut und die Automatisierung von erlernten Verhaltensweisen soll durch häufige Wiederholungen geschehen (vgl. POUSTKA et al. 2004 133). Dabei wird davon ausgegangen, dass Kinder mit Autismus grundsätzlich motiviert sind, Neues zu lernen. Motivation stellt im Kontext des ABA/VB-Konzeptes ein zentrales Merkmal dar.

„Das Ziel jedes guten ABA/VB-Programms besteht darin, die natürlich auftretende Motivation des Kindes zu erkennen, sie einzufangen und zu verwenden, um dem Kind beim Lernen zu helfen. Indem wir dies tun, können wir die Anzahl der Gegenstände, die auf das Kind motivierend wirken, erweitern und damit neue, typischere oder geeignetere Wünsche wecken, während weniger geeignete Motivatoren für das Kind unwichtiger werden“ (SCHRAMM 2007 48).

Aus dem Zitat von SCHRAMM lässt sich hinsichtlich des Unterrichts für SchülerInnen mit Autismus entnehmen, dass dieser durch möglichst viele Erfolgserlebnisse für den jeweiligen Schüler bzw. Schülerin gestaltet werden soll. Dieses beinhaltet ein sehr starkes individuelles Vorgehen, was im Klassenkontext nicht immer realisierbar ist.



### 3.1.2 Durchführung der Förderung nach dem ABA-Konzept

Der Umfang der Therapie beträgt ca. 15 bis 40 Stunden pro Woche und wird in der Regel in der 1:1-Situation durchgeführt. Zunächst führt der Therapeut die Förderung in der Einrichtung durch. Im Laufe der Zeit wird diese aber zunehmend mehr von den Eltern oder dem Betreuer zu Hause übernommen und in einen natürlichen Kontext gestellt. Die Eltern übernehmen die Rolle der Co-Therapeuten oder werden als „Haupttherapeuten“ ausgebildet.

Ein weiteres zentrales Element der ABA-Therapie stellt die „Funktionale Verhaltensanalyse“ dar. Das ABA-Konzept geht davon aus, dass Verhaltensprobleme als erstes in ihrer Funktion verstanden werden müssen, bevor eine therapeutische Intervention stattfinden kann. Die Situationen, die solche Verhaltensweisen hervorrufen, müssen erkannt und dokumentiert werden. Sinngemäß sollen die Auslöser der erlernten Verhaltensprobleme identifiziert und geändert werden. Die klassische ABA nach LOVAAS wurde im Laufe der Jahrzehnte immer weiter entwickelt und mit Verbal Behavior (VB) ergänzt (vgl. DANNE 2009 23).

#### 3.1.2.1 Methoden zum Aufbau von Verhaltensweisen

BATRA, WASSMANN UND BUCHKREMER (2000 85 ff.) nehmen an dieser Stelle folgende Einteilung vor: Methoden zum Erwerb einer Verhaltensfertigkeit, Methoden zur Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens und Methoden zur Aufrechterhaltung eines Verhaltens.

**Methoden zum Erwerb von (Verhaltens-)Fertigkeiten:** Die Entwicklung von Fertigkeiten und Fähigkeiten, das steht gerade in der Schule im Mittelpunkt der pädagogischen Bemühungen. Im Rahmen des ABA-Konzeptes wird für jedes Kind bzw. Jugendlichen mit Autismus ein individuelles Lernprogramm festgelegt. Zu den Lerninhalten gehört der Erwerb von Kompetenzen im Sozialverhalten, im Bereich der Selbständigkeit und Selbsthilfe sowie im Bereich der aktiven Sprache und dem Sprachverständnis. Ein wichtiges Lernfeld stellt das Erlernen von Verhaltensweisen dar, die bisher nicht vorhanden bzw. nur wenig ausgeprägt waren. Im folgenden Verlauf werden Methoden aufgezeigt, die für den Aufbau der Fähigkeiten im Rahmen des ABA-Konzeptes als effektiv benannt werden.

**Shaping:** Shaping (= „Ausformung“). Komplexes Zielverhalten wird in einzelne kleine aufeinander aufbauende Schritte zerlegt. Jeder erfolgreiche Schritt in Richtung des gewünschten Verhaltens wird verstärkt. Bei selbständiger Durchführung der kompletten Handlungsreihe wird nur das Zielverhalten verstärkt (vgl. DANNE 2009 26). Der Verhaltensaufbau erfolgt beim shaping von unten nach oben (BATRA, WASSMANN, BUCHKREMER 2000 86).

**Chaining:** Verhaltensaufbau von oben nach unten (ebd.). Verkettung einzelner kleiner Schritte zu einem komplexen Handlungsablauf. Vorher gelernte Teilschritte werden zusammengefügt. Nur das Zielverhalten wird verstärkt (vgl. DANNE 2009 26).

**Prompting:** = Hilfestellung, die das gewünschte Verhalten in seiner Häufigkeit verstärkt. Es werden drei Arten des „Promptings“ unterschieden: Verbale bzw. textuelle Instruktionen, Vormachen, Physisches Führen. Die Hilfestellung wird direkt mit dem diskriminierenden Stimulus gegeben (vgl. DANNE 2009 23 f).

**Fading:** Die Hilfestellung soll hinfällig werden. Dies soll über Fading (= Ausblenden) geschehen. Durch diesen Vorgang soll das Gelernte gesichert und die Übertragung auf verschiedene Alltagssituation betrachtet werden (vgl. ebd.).

**Methoden zur Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens:** Wie kann es möglich gemacht werden, dass sich positives Verhalten zunehmend mehr einstellt und zeigt? Im Folgenden soll auf diese Frage genauer eingegangen werden, indem dargestellt wird, welche Methoden für den Aufbau des gewünschten Verhaltens möglich sind.

**Stimuluskontrolle:** Eine Kontrolle der diskriminativen Stimuli trägt zu einer Erleichterung der Verhaltensänderung bei. Entweder werden Reize beseitigt oder abgeschwächt, die zu einem unerwünschten Verhalten führen oder werden erhöht, um erwünschtes Verhalten hervorzurufen (vgl. BATRA, WASSMANN, BUCHKREMER 2000 102).

**Verstärkung:** Zu Beginn des ABA-Programmes: Bei Verhaltensanalyse, Einsatz der Verstärker klären. Unterschieden wird zwischen positiver und negativer Verstärkung. Für die Erhöhung eines gewünschten Verhaltens ist die positive Verstärkung relevant. Es gibt drei verschiedene Arten der positiven Verstärkung: materiell, (Süßigkeiten, Spielmaterialien, Geschenke ...), sozial (Anerkennung, Lob, Zuwendung ...), handlungsorientiert, (gemeinsame Aktivitäten).

(vgl. BATRA, WASSMANN, BUCHKREMER 2000 87 ff.).

**Methoden zur Aufrechterhaltung eines Verhaltens:** Dass ein gelerntes Verhalten auch im Kontext des Alltags übertragen und angewandt wird, ist nicht in jedem Fall selbstverständlich. Manche Menschen benötigen bei der Generalisierung des Gelernten Unterstützung. Folgende verhaltenstherapeutische Methoden können eine solche Unterstützung liefern:

**Fading:** Ausblenden der therapeutischen Hilfestellung

**Verstärkerpläne:** Ein konkretes Verhalten wird mittels eines intermittierenden Verstärkerplans am besten aufrechterhalten (vgl. BATRA, WASSMANN, BUCHKREMER 2000 89).

**Umgebungsveränderung:** Annahme: Das Aufrechterhalten eines unerwünschten Verhaltens kann darin liegen, dass die Störung durch eine Diskrepanz zwischen den Fertigkeiten eines Individuums und seiner Umgebungsstruktur erzeugt wird. Aus diesem Grund gilt es die Umgebung zu verändern (vgl. ebd.).

**Selbstkontrolle:** Letztlich soll das therapeutische Vorgehen so ausgerichtet sein, dass die Person mit ASS selbst in der Lage ist, die Kontrolle des eigenen Verhaltens und seine Steuerung, zu übernehmen.

### 3.1.2.2 Methoden zum Abbau von Verhaltensweisen

Zur Reduktion von unangemessenen Verhaltensweisen wird mittels Bestrafung gearbeitet. Unterschieden wird hierbei zwischen direkter und indirekter Bestrafung. Bei der direkten Bestrafung folgt wie bei der negativen Verstärkung ein aversiver Reiz auf ein unerwünschtes Verhalten. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Strafarbeit. Bei der indirekten Bestrafung erfolgt die Entfernung der Konsequenz, die vorher das Problemverhalten verstärkte (vgl. POUSTKA et al. 2008 103). Methoden der indirekten Bestrafung sind z.B. Time-out, Löschung und Response-Cost.



**Löschung:** Ein positiver Verstärker, welcher das Problemverhalten aufrechterhalten hat, wird entzogen (vgl. BATRA, WASSMANN, BUCHKREMER 2000 90).

**Time-Out:** (= Auszeit) Kind / der Jugendliche wird aus der problemverursachenden Situation herausgenommen (Verstärker sollen unerreichbar werden). Die Auszeit sollte an einem reizarmen Ort stattfinden. Dem Betroffenen wird keinerlei Aufmerksamkeit durch die betreuende Person geschenkt (Ignorieren) (vgl. POUSTKA et al. 2008 103).

**Response-Cost:** Anwendung häufig im Zusammenhang mit dem Token-System. Bei unerwünschtem Verhalten werden vorher erworbene generalisierte Verstärker oder ein Teil davon entzogen (vgl. BATRA, WASSMANN, BUCHKREMER 2000 90).

### 3.1.2.3 DTT („Discret Trial Teaching“)

Das „Discret Trial Teaching“ ist ein Unterrichtssystem, welches die Grundlage für das ABA/VB-Konzept darstellt. „Unterrichten in diskreten Versuchen“, so lässt sich „Discrete Trial Teaching“ (DTT) übersetzen. Ziel ist es, Einzelfähigkeiten bzw. Teilaufgaben einzuüben. Die Beeinflussung der Antezedenzen und der Konsequenzen, die dem Kind das starke Verlangen geben, ein gewünschtes Verhalten hervorzurufen, ist die Basis von ABA/VB (vgl. SCHRAMM 2007 170). Das DTT beinhaltet eine klare Strukturierung, was nicht wenigen Kindern und Jugendlichen mit Autismus entgegen kommt. Das DTT ist aber gleichzeitig sehr starr und gibt eine genaue Vorgehensweise vor. Das ursprüngliche ABA-Konzept nach LOVAAS sieht sogar eine stark strukturierte Lernumgebung, die sich auf den Lernraum bezieht, vor. Die Lernumgebung sollte reizarm sein und keine Ablenkungen für das Kind beinhalten.

Jede Lerneinheit hat einen klar definierten Anfang und Schluss. Das Lernen erfolgt, indem dem Kind oder dem Jugendlichen mit Autismus eine verbale oder nonverbale Instruktion, welche auch diskriminativer Stimulus (SD) genannt wird, gegeben wird. Darauf folgt eine gewünschte Reaktion des Kindes bzw. des Jugendlichen. Dieses kann ggf. durch ein Prompt als Hilfestellung unterstützt werden. Letztlich resultiert daraus eine bestimmte Konsequenz, die als verstärkender Stimulus (SR) bezeichnet wird (vgl. SCHRAMM 2007 170 ff). Dem dreischrittigen Vorgehen können bei komplexeren Handlungen einige Schritte angehängt werden. Das Discret Trial-Verfahren könnte dann in folgenden

Schritten durchgeführt werden:

1. Dem aufmerksamen Kind/Jugendlichen wird ein SD präsentiert
2. Ggf. Hilfestellung, die den SD dabei unterstützt, die gewünschte Reaktion zu zeigen.
3. Das Verhalten des Kindes/Jugendlichen wird beobachtet.
4. Die richtige Reaktion des Kindes/Jugendlichen wird verstärkt
5. Die Daten über Qualität und Korrektheit der Reaktion des Kindes/Jugendlichen werden erfasst (vgl. SCHRAMM 2007 172 ff).

Um das Lernen möglichst erfolgreich zu gestalten, müssen klare und einfache Instruktionen von allen Teammitgliedern in möglichst gleichem Maße und auf gleiche Weise gegeben werden. HINZ ist der Meinung, dass der Zeitintervall zwischen dem SD und der Antwort des Kindes/Jugendlichen nicht länger als drei Sekunden sein sollte, damit das Kind/der Jugendliche die Verbindung

zwischen Instruktion und seiner Handlung aufbauen kann. Wird die Antwort nicht innerhalb von drei Sekunden gegeben, wird der SD wiederholt (vgl. HINZ 2007 85).

DTT zeichnet sich durch ein häufiges Wiederholen bzw. Üben aus. Dieses wirkt sich positiv auf eine hohe Effektivität im Erlernen der konkreten Ziele aus. Durch die klare Strukturierung und den Einsatz von sehr kleinen Übungsschritten wird dem Kind große Sicherheit geboten. Der Nachteil dieser Vorgehensweise ist jedoch, dass keine Rücksicht auf die Vorlieben und aktuellen Interessen des Kindes genommen wird, so dass es unter Umständen nicht besonders motiviert ist. Zudem steht der stets gleiche Ablauf eines Lernprogramms an einem stets gleichen Ort mit immer gleichen Anweisungen der Generalisierung des Gelernten entgegen.

An dieser Stelle gilt es aber noch zu erwähnen, dass moderne ABA-Programme berücksichtigen, dass erworbene Fähigkeiten auch in anderen Situationen, an anderen Orten, mit anderen Personen, bei der Umgebungsgestaltung und bei ähnlichen Verhaltensweisen funktionieren (Generalisierung) (vgl. DANNE 2009 25). Außerdem wird das DTT durch das Natural Environment Teaching (NET) ergänzt. NET bezieht sich auf das Lernen in einer natürlichen Umgebung. NET sieht eine nicht so starke Strukturierung wie das DTT vor und betont den Einbezug von Motivationsfaktoren. Das Lernen findet nicht nur an einem bestimmten Tischplatz statt, sondern bezieht sich auf das ganze Klassenzimmer oder anderen Lernerfahrungsorten (vgl. ebd.).

Das Diskriminationslernen ergänzt ebenfalls das DTT. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Erkennung von Unterschieden bzw. Gemeinsamkeiten, die sich auf den Erwerb zentraler kognitiver, sozialer und motorischer Fähigkeiten beziehen. Diskriminationslernen meint zum Beispiel das Lernen von Unterschieden hinsichtlich Farben, Formen, Temperaturen, Materialien, Geräusche, Geschmacksrichtungen oder die Unterscheidung von Grammatikregeln, einzelnen Lauten, Aussprache. Zum Diskriminationslernen gehört es auch, dass dem Kind/Jugendlichen vermittelt wird, welches Verhalten in einer bestimmten Situation angemessen erscheint (vgl. HINZ 2007 85 f).

#### 3.1.2.4 Optimierte und ergänzende ABA-Methoden

Das ABA-Konzept im ursprünglichen Sinne nach LOVAAS ist immer mehr verändert und verbessert worden. Zu dem heutigen ABA/VB-Konzept gehören folgende Bestandteile:

**Beziehungsaufbau (pairing):** = Beziehungsaufbau zwischen dem Lehrer, Eltern, Betreuer und dem Kind/Jugendlichen. Ziel: betreuende Person soll selbst zu einem Verstärker werden (vgl. DANNE 2009 35).

**Korrekturverfahren (correction procedure):** Bei Fehlern im Trainingsverlauf sieht hier das ABA-Konzept ein Korrekturverfahren als Lösung vor. Auch das Korrekturverfahren hat einen klar vorgegebenen Ablauf:

1. Die Aufgabe wird erneut gestellt, dieses Mal mit ausreichenden Prompts
2. Die Aufgabe wird wieder gestellt, dieses Mal mit weniger oder keinen Prompts
3. Es kommen bis zu drei Ablenkungen in Form von vollständig gemeisterten Aufgaben dazu
4. Danach wird die Aufgabe erneut ohne Prompt gestellt (vgl. ebd.).

**„Nörgelprozedur“ (nagging procedure / Fluchtlöschung):** Verweigert das Kind/Jugendliche die Aufgabe, beendet die Lerneinheit vorzeitig oder akzeptiert die Hilfestellung nicht, dann soll anhand eines klaren

Ablaufschemas das Kind bzw. der Jugendliche wieder in die Lernsituation gebracht werden. Die Faktoren, welche die Kinder bzw. die Jugendlichen dazu bringen, die Lernsituation nicht mehr aufrecht zu erhalten werden hier nicht beachtet (vgl. ebd.).

### 3.1.3 ABA in Kombination mit „Verbal Behavior“

Verbal Behavior lässt sich als ergänzendes Konzept zum ABA-Programm sehen und beruht auf dem gleichnamigen Werk von Skinner. Verbal Behavior kann ebenfalls als verhaltensanalytisches Vorgehen bezeichnet werden, welches in Ergänzung mit dem ABA-Konzept gerade für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen wirkungsvoll sein soll. In Kombination mit dem ABA-Konzept bedient sich das Verbal Behavior-Programm an den Methoden von ABA, aber auch an Skinners Theorie des sprachlichen Verhaltens und an weiteren Motivationsvorgängen. Das ABA-Konzept wird deswegen durch das Verbal-Behavior-Programm ergänzt, um motivationale Faktoren und das Unterrichten von kommunikativen und sozialen Fertigkeiten stärker zu gewichten (vgl. SCHRAMM/CLYPOOL-FREY 2009 260).

Der Ansatz orientiert sich stärker am Lernen in natürlichen Kontexten und an der Motivation des Kindes als der herkömmliche ABA-Ansatz.

Der Verbal-Behavior-Ansatz räumt der sprachlichen bzw. kommunikativen Kompetenz einen besonderen Stellenwert ein. Durch eine Studie gelang es Skinner, die gesamte Sprache in neun Funktionen zu klassifizieren. Um zu einer effektiven Kommunikation zu gelangen, sollte ein gelerntes Wort in den meisten, besser noch, möglichst in allen dieser Funktionen verwendet werden (vgl. SCHRAMM 2007 185).

Die Verhaltensklassifikation der Sprache gliedert sich folgendermaßen:

1. Manding:	Fähigkeit, um Gegenstände, Aktivitäten oder Informationen zu bitten
2. Motorische Imitation:	Jede Bewegung ist eine Handlung, die nachgeahmt oder kopiert wird
3. Verbale Imitation:	Fähigkeit, das, was man hört, exakt wiederzugeben.
4. Rezeptive Sprache:	Fähigkeit, Anweisungen zu folgen oder Anforderungen zu entsprechen.
5. Tact:	Fähigkeit, Objekte, Handlungen und Ereignisse im Umfeld verbal zu identifizieren.
6. RFFC:	Fähigkeit, bestimmte Gegenstände rezeptiv zu erkennen, wenn Beschreibungen deren Merkmale, Funktionen oder Kategorien gegeben werden.
7. Intraverbal:	Fähigkeit, Antworten zu geben oder sich zu unterhalten, wobei die gebrauchten Wörter von verschiedenen Wörtern anderer Personen kontrolliert werden.
8. Textual:	Textuale Sprache bedeutet das Lesen geschriebener Wörter
9. Writing:	Wörter per Hand schreiben, aber auch das Tippen von Wörtern, die einem gesagt werden.

(vgl. ebd.)

Das ABA-Konzept in Kombination mit dem Verbal Behavior-Ansatz kann durch drei unterschiedliche Unterrichtsarten gelehrt werden:

Natural Environment Training (NET):

Lernen findet in einem natürlichen Kontext statt und individuelle Interessen des Schülers werden berücksichtigt

Intensive Trial Teaching (ITT):

Es werden festgelegte Ziele, für die kein natürliches Interesse beim Kind vorliegt (Schulisches Lernen), unterrichtet

On-the-Move Teaching (OTM):

Ein spontaner Unterrichtsmoment wird aufgegriffen, so dass Ziele nicht geplant und verfolgt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Verbal Behavior-Methoden das diskrete Lernformat (DTT) mit natürlichem Lernen verbindet. Dabei steht das verbale Verhalten im Mittelpunkt. Gelernt wird nicht nur in Tischsituationen, sondern auch in Alltagssituationen (vgl. BERNHARD-OPITZ 2009 247).

### 3.1.4 Die Anwendung des ABA-Konzeptes in der Praxis

ABA stammt aus dem anglo-amerikanischen Raum und hat sich in den USA, Kanada, England, Norwegen, Spanien und Finnland etabliert. In Deutschland ist das ABA-Konzept wenig bekannt. In der deutschsprachigen Literatur findet man nur selten direkte Hinweise darauf, wie ABA/VB in den praktischen Kontext umgesetzt werden soll. Unter Betrachtung des dargestellten Konzeptes lässt sich erkennen, dass die praktische Umsetzung kein leichtes Unterfangen ist. Allerdings hängen der Intensitäts- und Schwierigkeitsgrad bezüglich der Anwendung des Konzeptes stark von dem jeweiligen Programm (klassisches ABA-Programm nach Lovaas oder moderne ABA-Konzepte) ab, für das man sich entscheidet. Die Anwendung der klassischen ABA nach LOVAAS gilt jedoch als überholt. Kritisiert wird vor allem das starre und mechanische Vorgehen des Konzeptes. Über einen langen Zeitraum sollen Kinder mit ASS in einer Tischsituation Fördermaßnahmen über sich ergehen lassen. Es scheint sinnvoll zu sein, von dieser künstlichen Fördersituation abzusehen und diese in einen natürlichen Kontext zu stellen. Ein solches Vorgehen betrachten moderne ABA-Programme.

Wird ABA zu Hause durchgeführt, sind hauptsächlich die Eltern verantwortlich für die Umsetzung des ABA-Verfahrens. Führt man den ABA/VB-Ansatz planmäßig durch, ist dies ein so intensives Vorgehen, dass die Eltern die Durchführung des Konzeptes nicht alleine schaffen können. Sie sind auf zusätzliche Unterstützung angewiesen, welche sich durch Co-Therapeuten realisieren lässt. Zum ABA-Konzept gehört es, dass Eltern zu „Fachleuten“ werden. Sie werden hinsichtlich der Kenntnisse des ABA-Konzeptes durch ausgebildete ABA-Therapeuten geschult, so dass sie selbst Co-Therapeuten anleiten können (vgl. DANNE 2009 46). Die Eltern halten zu den ABA-Beratern Kontakt. In gewissen zeitlichen Abständen treffen sich die Eltern und die Co-Therapeuten mit dem ABA-Mitarbeiter, um sich supervisorisch beraten zu lassen.

Wenn Eltern zu Therapeuten werden, ist dieses kritisch zu betrachten. Eltern haben bereits ihre Rolle als Mutter und Vater. Stellt es nicht gerade für Kinder eine Unklarheit dar, wenn die liebevolle Mutter auch die mechanisch vorgehende Therapeutin „spielen“ soll, gerade für Kinder mit ASS?

Die ABA-Behandlung ist sehr teuer. Ein komplettes ABA/VB-Programm mit professionellen Therapeuten würde ca. 90.000 Euro jährlich kosten, welches sich die wenigsten Leute leisten könnten. Das komplette Programm ist aber in Deutschland nicht erhältlich. Die Kosten für die Anwendung des ABA/VB-Konzeptes belaufen sich hierzulande jährlich auf ca. 15.000 Euro. Diese Kostenpunkte können teilweise durch Sozialleistungsgelder, wie Pflegegeld, Verhinderungspflege oder beim Finanzamt als Kosten für außergewöhnliche Belastungen abgedeckt werden (vgl. DANNE 2009 41 ff.).

Oftmals wird eine ASS erst im Kindergartenalter festgestellt. ErzieherInnen haben in vielen Fällen keinerlei Erfahrung mit Autismus-Spektrum-Störungen und noch weniger mit der Anwendung des ABA-Konzeptes. ABA lässt sich also nicht ohne weitere Bemühungen im Kindergarten umsetzen. In der Regel bedarf es hier einer Betreuungskraft, die cotherapeutisch ausgebildet sein sollte und lediglich für das einzelne Kind zuständig ist. Eine Erzieherin bzw. ein Erzieher hat in der Regel mehr als 20 Kinder zu betreuen. Die GruppenerzieherIn kann deshalb die ABA-Umsetzung nicht übernehmen. Auch Lehrer, selbst Sonderschullehrer haben nicht zwangsläufig Kenntnisse über das ABA/VB-Konzept und dessen Anwendung.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, wo SchülerInnen mit ASS beschult werden sollten. Das ist abhängig vom jeweiligen Einzelfall. Einigen SchülerInnen gelingt der Besuch an einer Regelschule, andere bedürfen der Förderung an einer Sonderschule für Erziehungshilfe oder für Geistigbehinderte. Für die Umsetzung des ABA-Konzeptes ist es von wesentlicher Bedeutung, welche Schule der Schüler bzw. die Schülerin mit ASS besucht. Auf Grund des engen Betreuungsschlüssels, welches das ABA-Konzept verlangt, kann dieses in einer großen Klassengemeinschaft sehr viel schwieriger von der Lehrerin bzw. dem Lehrer übernommen werden, wohingegen dieses in kleineren Klassen besser zu realisieren ist. Zudem gilt es an dieser Stelle zu erwähnen, dass sich Lehrer, selbst Sonderschullehrer selten mit dem umfassenden ABA / VB-Ansatz auskennen und sich ggf. in Verbindung mit einem hohen Zeitaufwand in das Konzept einarbeiten müssen. Zudem sind Lehrer keine Therapeuten, die ein solch umfangreiches Verfahren umsetzen könnten. Ihr Schwerpunkt liegt auf der Erziehung und Bildung und nicht hauptsächlich auf der Therapie. Die Anwendung des ABA-Programms lässt sich in der Schule wenn dann am besten durch eine/n SchulbegleiterIn durchführen, welche/r cotherapeutisch ausgebildet ist und den bzw. die SchülerIn individuell begleiten kann (vgl. DANNE 2009 49). Gerade in den Anfangsschuljahren ist das Kind auf eine 1:1-Situation angewiesen, um so den Bedarf an beständiger Motivation und wirksamer Verstärkung abzudecken. Selbst ein Gruppenverhältnis von 2:1 oder 3:1, scheint zu viel zu sein (vgl. SCHRAMM 2007 316). Grundsätzlich stellt sich jedoch die Frage, ob ABA überhaupt in der Schule umgesetzt werden kann. Wendet man das ABA-Programm mit einem entsprechenden Curriculum z.B. ABLLS an, bleiben Schwierigkeiten bzw. offene Fragen

nicht aus, wenn das schulische Curriculum und das Curriculum im Sinne von ABA nicht konform verlaufen.

### **3.1.5 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des ABA/VB-Konzeptes**

LOVAAS veröffentlichte 1987 das Ergebnis einer Langzeitstudie zur Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischen Interventionen bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen. Insgesamt 40 Kinder mit ASS wurden in drei Gruppen eingeteilt. Die Kinder, die sich in der Behandlungsgruppe befanden, erhielten 40 oder mehr Stunden verhaltenstherapeutische Interventionen nach dem diskreten Lernformat (DTT). Die erste Kontrollgruppe wurde mit 10 oder weniger Stunden behandelt und die Kinder der zweiten Kontrollgruppe wurden einer unspezifischen Therapie unterzogen. Das Ergebnis der Langzeitstudie zeigte, dass die Kinder, die eine frühe intensive Verhaltenstherapie bekamen, einen durchschnittlichen IQ-Zuwachs aufzeigten, der 20 Punkte betrug und somit ein normales Funktionsniveau erreichten. 19 Kinder wurden in dieser Gruppe behandelt, davon konnten neun Kinder anschließend die Regelschule besuchen. Lediglich 2% der Kontrollgruppe erreichten dieses Ziel (vgl. BERNHARD-OPITZ 2009 251). Acht von 19 Kindern unterschieden sich nicht hinsichtlich des IQs und des adaptiven Verhaltens von Kindern ohne ASS. Auch im Alter von 12 Jahren zeigten noch acht von neun Kindern „normales“ Verhalten (vgl. ebd.). Auf Grund methodischer Mängel, muss die Langzeitstudie aber auch kritisch betrachtet werden. Aus diesem Anlass wurden weitere Studien entwickelt. SALLOW und GRAUPNER konnten nach einer ABA-Behandlung ebenfalls Erfolge bei 24 Kindern mit ASS feststellen. Andere Forschungen konnten jedoch diese effektiven Ergebnisse nicht bestätigen (vgl. ebd.).

Weiter wurde in einer Studie analysiert, ob auch ältere Kinder mit Autismus im Alter von 4 bis 7 Jahren von einer verhaltenstherapeutischen Intervention nach LOVAAS profitieren können. Eine über 20 Stunden angelegte verhaltenstherapeutische Förderung oder elektische Therapie wurde in einer Schule durchgeführt. Das Ergebnis zeigte, dass die Kinder, welche nach der Lovaas-Therapie gefördert wurden nach einem Jahr höhere IQ-Werte, ein verbessertes Sprachverständnis und eine höhere expressive Sprache aufwiesen (vgl. FREITAG 2008 115).

Aus den gesamten Studien kann entnommen werden, dass eine intensive Verhaltenstherapie, welche sich nach dem direkten Lernformat (ABA) richtet, vor allem sehr individuell vom Kind abhängig ist und von anderen externen Faktoren. Alter, Behinderungsgrad, Therapieintensität, methodisches Vorgehen usw. spielen eine zu beachtende Rolle hinsichtlich der Effektivität des Konzeptes. Allgemein lässt sich sagen, dass besonders für jüngere Kinder mit Autismus oder mit atypischen Autismus im Alter zwischen 2 und 4 Jahren, aber auch bei Kindern über 4 Jahren mit einem IQ über 50, Erfolge aufgezeigt werden konnten. Die größten Erfolge ließen sich in einem IQ-Zuwachs der rezeptiven sprachlichen Fähigkeit und des adaptiven Verhaltens, erfassen. Allerdings wird die Kernsymptomatik des Autismus nicht beeinflusst. Für Kinder mit Frühkindlichem Autismus und einer schweren geistigen Behinderung oder bei Kindern mit Rett-Syndrom ist der Ansatz nach Lovaas nicht effektiv.

In einer weiteren Studie wurde das Lovaas-Konzept mit weiterentwickelten Ansätzen verglichen. Vor allem im IQ-Zuwachs schnitt die klassische Lovaas-Therapie gut ab. Aber auch die schulbasierte Intervention nach CABAS (complete application of behavior analysis to school) konnte Verbesserungen in den Bereichen IQ, Schule und Verhalten aufzeigen. Verbalorientierte Therapien konnten nur geringe IQ-Verbesserungen erzielen. Diese Aussagen beruhen allerdings auf kleine Stichproben. Aus diesem Grund müssen diese vorsichtig betrachtet werden (vgl. FREITAG 2008 112 ff). Außerdem beziehen sich die Verbesserungen der IQ-Werte oftmals auf wiederholte Testverfahren. Demnach waren den Probanden die Testaufgaben bekannt. Andere Studien haben zum Beispiel die Effektivität von Verbal Behavior bestätigt. MIGUEL et al. zeigten beispielsweise, dass Kinder mit ASS Laute öfters produzierten, wenn Lautäußerungen des Therapeuten vorher mit dem Erhalt von Verstärkern gepaart waren. Der Ansatz gilt als potentiell sinnvolle Ergänzung zu umfassenden Erziehungs- und Therapieprogrammen, da in der natürlichen Umgebung gelernt wird und Generalisation über Antwortverhalten, Interaktionspartner, Materialien und Situationen mit einbezogen werden (vgl. BERNHARD-OPITZ 2009 251). Langzeitstudien und vergleichende Studien, die die Effektivität von Verbal Behavior begründen könnten, gibt es bislang noch keine.

### 3.1.6 Zusammenfassung unter kritischer Reflexion

ABA gilt als nicht unumstritten. Immer wieder steht die Kritik im Raum, dass das Förderkonzept zu sehr an Tieredressuren, welche auf Konditionierungsmaßnahmen beruhen, erinnert. Aber lässt sich diese Vermutung wirklich bestätigen? Im folgenden Verlauf wird das ABA-Konzept hinsichtlich seiner Vor- und Nachteilen in Verbindung mit der zentralen Fragestellung betrachtet.

Eine *individuell ausgerichtete Förderung* findet beim ABA-Programm statt. Das umfangreiche und intensive Verfahren wird in der Regel in einer Eins-zu-Einskonstellation organisiert. Es wird eine Verstärkeranalyse durchgeführt, die vorgibt, sich am Individuum zu orientieren. Es besteht aber die Gefahr, dass durch das mechanische Vorgehen, welches durch das DTT-Programm initiiert wird, die individuelle Betrachtung beeinträchtigt wird. Möglicherweise kann dann nicht mehr flexibel genug auf die Bedürfnisse und Wünsche des Individuums eingegangen werden. Ein bedeutungsvoller Vorteil bietet im ABA/VB-Konzept das „Natural Environment Teaching“ bzw. Training. Die Fördermaßnahmen finden nicht ausschließlich in sterilen Fördersituationen statt, sondern überwiegend in einem natürlichen Kontext.

ABA schränkt die *persönliche Entfaltung* ein. Verfolgt man den klassischen ABA-Ansatz nach Lovaas, kommt der Gedanke an eine Dressur auf. Das Konzept vermittelt eine Starrheit, Unausweichlichkeit und ein mechanisches Vorgehen, so dass nach außen hin die Sichtweise transportiert wird, dass ABA eine Art Abfertigung sei. Der Vorwurf lautet, dass Therapeuten Kinder zu Robotern machen würden. Sie dürften keinen eigenen Willen haben und sollen lediglich das ausführen, was der Roboterprogrammierer für sie als wünschenswert erachtet. Dies beinhaltet die Sichtweise, dass Kinder/Jugendliche mit ASS während der ABA-Förderung nur lernen, wenn ihnen ein Reiz von außen angeboten wird (vgl. DANNE 2009 62 f.). Wie beschrieben gibt das DTT-

Programm im ABA-Konzept eine sehr genaue Vorgehensweise vor, so dass dieses die Personen mit ASS hinsichtlich ihrer Bedürfnisse, Wünsche, Selbstbestimmung, Phantasien, Ideen, Einstellungen und Handlungen usw. eingrenzen kann. Der Freiraum, in dem sich die Person mit ASS ihrer Natur entsprechend Ausdruck verleihen und sich selbst in eine Interaktion bringen kann, wird durch das mechanische und starre Vorgehen stark eingeschränkt.

Dem modernen ABA/VB liegt die operante Konditionierung zugrunde, welche das Konzept ebenfalls in das Licht der Dressur stellt. DANNE ist der Meinung, dass die operante Konditionierung lediglich der zentrale Lernmechanismus in diesem Konzept darstellt (vgl. (vgl. ebd.)). ABA ist vielfach verbessert und ergänzt worden. Der Dressur stehen heute moderne Elemente des ABA-Konzeptes gegenüber. Hierzu gehören zum Beispiel das „Natural Environment Teaching“ (NET), welches das Lernen in einem natürlichen und alltagsbezogenen Kontext betrachtet, die „Generalisierung“, um das Gelernte im Alltag zu sichern, „Pairing“, um den Beziehungsaufbau freundlich zu gestalten, „Mands“, um Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Der Verdacht einer Dressur kann aber nicht gänzlich ausgeräumt werden. Als Primärverstärker werden nicht selten Nahrungsmittel bzw. Süßigkeiten verwendet. Auf längere Sicht sollten diese jedoch durch andere handlungsorientierte, materielle und soziale Verstärker abgelöst und sekundäre Verstärker aufgebaut werden. Hilfreich ist es, wenn eine Liste erstellt wird, welche die Verstärker beinhaltet, die sich für das Kind mit ASS als effektiv zeigen. Ziel ist es, dass natürliche Verstärker, wie Lob letztlich ausreichen (vgl. DANNE 2009 64).

ABA schränkt die *Spontaneität und Flexibilität* ein. Die starre Vorgehensweise schränkt nicht nur die persönliche Entfaltung ein, sondern auch die Flexibilität und Spontaneität. Beim klassischen ABA-Programm findet die Förderung in einem vorgegebenen Setting statt. Das Eingehen auf spontane Situationen, die vom Teilnehmer ausgehen, ist nur gering möglich. Moderne ABA-Verfahren ermöglichen es mittlerweile, die Förderung in verschiedenen und natürlichen Situationen stattfinden zu lassen. Diese lassen ein spontanes Handeln eher zu.

Das ABA-Konzept verfügt über positive *Forschungsergebnisse*. ABA ist ein gut evaluiertes Verfahren und kann positive Effekte nachweisen. Optimierungen lassen sich vor allem in einem verbesserten Sprachverständnis und einer höheren expressiven Sprache nachweisen. Ein IQ-Zuwachs wird hauptsächlich im Bereich der rezeptiven sprachlichen Fähigkeiten und des adaptiven Verhaltens deutlich. Unklar ist, ob die Kernsymptomatik des Autismus tatsächlich günstig durch ABA beeinflusst wird. Aus einer Studie ist zu entnehmen, dass für Kinder mit Frühkindlichem Autismus und einer schweren geistigen Behinderung oder bei Kindern mit Rett-Syndrom der klassische Ansatz nach Lovaas nicht effektiv sein soll.

Eine *Integration weiterer Förder- und Therapiekonzepte* sieht das ABA-Konzept nicht vor. Das ABA-Konzept ist ein Verfahren, das sich auf verschiedene Förderbereiche bezieht. Neben dem zeitlich sehr intensiven und umfassenden Förderprogramm findet in der Regel keine Ergänzung durch weitere Förder- und Therapiekonzepte statt, schließt diese aber nicht explizit aus. ABA stellt ein abgeschlossenes Förderprogramm dar.



ABA beachtet die *Generalisierung und Übertragung des Gelernten auf den Alltag*. Die Generalisierung wird bei diesem Konzept ernst genommen. In der Therapie soll die Generalisierung über Antwortverhalten, Interaktionspartner, Materialien und Situationen einbezogen werden (vgl. BERNHARD-OPITZ 2009 251). Es wird demnach bei diesem Konzept Wert darauf gelegt, dass das Gelernte auf andere Situationen und im Alltag angewendet werden kann. Durch moderne ABA-Methoden kann die Umsetzung des Gelernten und auf andere Situationen in natürlichen und alltäglichen Situationen begleitet werden.

Die *Umsetzung und Organisation* des ABA-Konzeptes ist sehr aufwändig und bindet Eltern sehr stark in das Therapieprogramm ein. Der ABA/VB-Ansatz ist sehr aufwändig, sowohl zeitlich als auch organisatorisch. Der Kontakt zum Kind muss konsequent durch die ABA-Elemente gestaltet werden. Das ist für die Eltern alleine nicht zu leisten. Zu Hause werden Co-Therapeuten angeleitet, in der Schule oder im Kindergarten müssen die jeweiligen Pädagogen beraten werden und nicht zuletzt müssen sich die Eltern in das komplexe System des ABA/VB-Konzeptes einarbeiten. Dies bedarf einer planvollen und stringenten Organisation. Für die Auseinandersetzung und Durchführung des Konzeptes und dessen Aufwandes müssen die Eltern in der Lage sein. Nicht alle Eltern können auf personale, materielle, finanzielle und soziale Ressourcen zurückgreifen, um „ABA“ zu realisieren.

Der *Einbezug der Eltern* in das Konzept ist ambivalent zu sehen. Wie bereits erwähnt, werden die Eltern teilweise so sehr verpflichtet, dass es zu Überforderungen kommen kann. Die Eltern werden stark in die Rolle des Therapeuten eingebunden. Es ist sehr kritisch zu betrachten, wenn Eltern die Rolle des Therapeuten übernehmen sollen. Sie haben ihre Rolle als Vater oder Mutter und sollen die damit verbundenen Aufgaben und Pflichten übernehmen. Teilweise stehen sich die Eltern- und die Therapeutenrollen konträr gegenüber.

Es stellt sich auch die Frage, in wie weit das Familienleben noch flexibel gestaltet werden kann. Das Leben wird nach dem Kind mit ASS ausgerichtet. Was ist aber mit den Bedürfnissen der Geschwisterkinder und der der Eltern? Nur durch eine gute Organisation und durch ein gutes soziales Netzwerk lässt sich beides vereinbaren. Und was ist mit der Überforderung des Kindes mit ASS? DANNE meint hierzu, dass Menschen mit Autismus wegen ihrer Wahrnehmungsstörung, Selbststimulation anwenden, welche durch „geistige Nahrung“ zu ersetzen sei. Er sieht das Kind mit ASS als so wissensbedürftig an, dass es ständig Wissen aufnehmen möchte und man es aus diesem Grund auch niemals mit dem aufwändigen ABA-Ansatz überfordern könne (vgl. DANNE 2009 63 f.).

ABA ist nicht eindeutig *interpretier- und verstehbar*. Der Einsatz der ABA/VB-Prinzipien soll stets im Sinne des Kindes/Jugendlichen mit ASS zu dessen Wohl eingesetzt werden. Dies ist aber davon abhängig, welche Techniken die Person, die ABA/VB anwendet, einsetzt. Je nach dem, wie der Therapeut die das umfangreiche ABA-Programm versteht, wird er es umsetzen. Eine Fort- bzw. Ausbildung ist bei diesem umfangreichen Therapieverfahren unbedingt notwendig, um Missverständnisse und Fehldeutungen zu minimieren oder auszuräumen.

ABA geht auf sehr viele *autismusspezifische Förderbedürfnisse* ein. ABA ist ein umfassendes verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm. Vorrangig zielt das Konzept auf eine Modifizierung der Umwelt ab, sodass Menschen mit ASS davon lernen können. Durch eine Verhaltensmodifizierung werden Verhaltensproblemen abgebaut und erwünschtes Verhalten aufgebaut oder angemessene Fähigkeiten erweitert. ABA geht also auf sehr viele autismusspezifische Förderbereiche ein, wie zum Beispiel auf die Sprache, Kommunikation, Spielfähigkeit, Empathiefähigkeit, Interaktionsfähigkeit usw.

Ein zentraler Aspekt des ABA/VB-Ansatzes ist der Einsatz von Verstärkung und Motivation. Die betreuenden Personen werden im Zusammenhang mit dem Konzept geschult, auf die Motivation des Kindes zu achten, um diese dann für das Lernen einzusetzen. Das Kind bzw. der Jugendliche wird also nicht zum Lernen gezwungen. Durch die Verstärkung von angemessenem Verhalten lernt man als Eltern, Co-Therapeut, Lehrer, Erzieher usw. wesentlich genauer auf die positiven Verhaltensweisen des Kindes/Jugendlichen zu achten.

ABA/VB sieht bewusst keine aversive Bestrafung vor. Gewaltvoller Umgang oder Demütigungen des Kindes/Jugendlichen möchte das Konzept ausschließen. Bestrafung und negative Verstärkungen finden im Rahmen des ABA/VB-Konzeptes weniger Anwendung. Stattdessen wird verstärkt mit Löschung gearbeitet. Ein positiver Verstärker, welcher das Problemverhalten aufrechterhalten hat, wird entzogen.

Das ABA-Konzept legt besonderen Wert auf einen möglichst positiven Beziehungsaufbau bzw. Beziehungsgestaltung. „Pairing“ sieht eine freundlich gestaltete Situation vor, welche sich durch Freude und Spaß auszeichnet. „Pairing“ fördert eine positive Beziehung zwischen dem Kind/Jugendlichen und den betreuenden Bezugspersonen. In der Pairing-Situation werden keine Anforderungen an das Kind/Jugendlichen gestellt. Im Vordergrund stehen Spaß und Freude.

Durch die klare Vorgehensweise und durch die konsequente Haltung der betreuenden Personen wird dem Kind wiederum ein klares und geordnetes Umfeld geboten. Die innere Struktur der Bezugsperson strahlt auf das Kind/Jugendlichen aus. Das bietet den Kindern/Jugendlichen ein Gefühl von Sicherheit und eine Berechenbarkeit. Außerdem können dadurch Grenzen besser erkannt und eingehalten werden.

Verbal Behavior richtet seine Blickwinkel im ABA-Ansatz hauptsächlich auf die Sprache. Dabei steht die Verhaltensanalyse im Vordergrund. Es geht in diesem Kontext nicht um den Aufbau der Sprache, sondern um die Funktion eines Wortes bzw. eines Satzes oder Textes. Durch Verbal Behavior sollen die Kinder/Jugendlichen lernen, dass die Sprache eine Funktion hat und man mit dieser etwas erzielen kann, zum Beispiel um Bedürfnisse äußern und befriedigen zu können.

Abschließend lässt sich sagen, dass das ABA/VB-Konzept eine Chance für ein angemesseneres Verhalten und damit für ein adäquatere Teilhabe an der Gesellschaft darstellen kann, wenn das Konzept angemessen interpretiert und auf das Kind oder Jugendlichen mit ASS zugeschnitten wird. Ratsam ist es, lediglich Elemente des Konzeptes für die Förderung zu verwenden. Bei einer Fehlinterpretation oder bei einer ausschließlichen ABA-Förderung droht möglicherweise eine

Einengung. Das Konzept folgt einem eng umschriebenen Ablauf, bei dem die Grenzen zur Einengung der persönlichen Freiheit und Entfaltung fließend und schnell zu erreichen sind. Eine dauerhafte Reflektion ist diesbezüglich von großer Bedeutung.

### **3.2 TEACCH („Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children“)**

Bezüglich der Intervention für Menschen mit ASS, nimmt TEACCH eine besondere Rolle ein. In den vergangenen Jahren nahm die Popularität dieses Konzeptes zu. Im Kontext der Förderung und Therapie für Kinder und Jugendliche mit ASS lassen sich Informationen über den besagten Ansatz in der einschlägigen Literatur sehr häufig finden. TEACCH scheint mittlerweile als gängiges Interventionsverfahren eine Vorreiterrolle eingenommen zu haben. In wie weit dieses Konzept jedoch eine Chance für eine Weiterentwicklung von Menschen mit ASS sein kann, soll im folgenden Verlauf geklärt werden.

#### **3.2.1 Einführung in das TEACCH-Konzept**

“Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children“, kurz TEACCH, ist ein Konzept, welches sich an Menschen mit Autismus aber auch an andere kommunikativ beeinträchtigte Personen, richtet. Die Aussprache des Wortes TEACCH beruht auf der Ableitung des englischen Wortes „teach“ (= lehren, unterrichten), was in Verbindung mit der Zielsetzung steht (vgl. WAGNER 2010 270). Unter der Leitung Eric SCHOPLERS wurde der TEACCH-Ansatz Anfang der 1970er Jahre in der Psychiatrie der Universität North Carolina entwickelt.

Das Konzept lässt sich nicht einfach kategorisieren. Aus der Literatur ist zu entnehmen, dass das Konzept zunächst den verhaltenstherapeutischen Programmen zuzuordnen ist. REMSCHMIDT geht davon aus, dass dem Konzept eine verhaltenstherapeutische Basis zugrunde liegt (vgl. REMSCHMIDT 2008 84). SYMALLA und FEILBACH verdeutlichen, dass der TEACCH-Ansatz auf der Lerntheorie basiert. Die Vermittlung von Verständnis und Vorhersehbarkeit, wie sie im TEACCH-Konzept stattfindet, bilden den Schwerpunkt der sozio-kognitiven Lerntheorien (SYMALLA / FEILBACH 2009 276). WEISS kategorisiert das TEACCH-Konzept in die kombinierten Programme. Des Weiteren ist sie der Meinung, dass dieser Ansatz keine Therapiemethode darstellt, sondern vielmehr ein Programm zur Förderung und Erziehung von autistischen Menschen (vgl. WEISS 2002 218). Als einen besonderen pädagogischen Ansatz und weniger als ein Therapieprogramm versteht FREITAG (vgl. 2008 122) das TEACCH-Konzept. Sie ordnet das Konzept jedoch den umfassenden verhaltenstherapeutischen Programmen zu. Beide Kategorien werden bei der Verortung des Konzeptes von DEGNER, TUCKERMANN und HÄUSSLER berücksichtigt. Sie sind der Ansicht, dass der TEACCH-Ansatz als ein pädagogisch-therapeutisches Programm verstanden werden kann (vgl. DEGNER et al. 2008 110). HÄUSSLER (vgl. 2005 43) geht weiter davon aus, dass der TEACCH-Ansatz pädagogisch orientiert ist und demnach nicht die Behandlung der Störung im Vordergrund der Intervention stünde, sondern die Unterstützung des Menschen mit Autismus beim

Lernen. Dennoch sei der TEACCH-Ansatz von seiner Wurzel her ein verhaltenstherapeutisches Konzept (vgl. HÄUSSLER 2005 19). Demnach ist TEACCH nicht nur ein Förderkonzept, sondern darüber hinaus auch eine Unterstützungsmethode, die den Zugang zum Lernen ermöglicht.

Das TEACCH-Konzept verfolgt das Ziel, die Selbständigkeit und Lebensqualität von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen zu erhöhen. Des Weiteren soll nicht jedes autistische Verhalten beseitigt, sondern dysfunktionale Verhaltensweisen durch funktionale ersetzt sowie neue Kompetenzen erlernt werden (vgl. SYMALLA und FEILLBACH 2009 273 f.). Dabei werden die Besonderheiten der Menschen mit Autismus berücksichtigt und die Entwicklung individueller Hilfen zur Unterstützung des Lernens und zur selbständigen Bewältigung des Alltags in den Mittelpunkt gestellt (DEGNER et al. 2008 110).

Die Ziele werden beim TEACCH-Konzept durch zwei Wege verfolgt:

Zum einen wird die Umwelt an die Bedürfnisse des Klienten angepasst. Das bedeutet, dass das Umfeld so weit wie nötig und möglichst an das spezielle kognitive Niveau sowie an den individuellen Lernstil der jeweiligen Person angepasst wird. Im weiteren Schritt können darauf neue Fertigkeiten und Verhaltensweisen im Hinblick auf eine größere Selbständigkeit und mehr Möglichkeiten der Entfaltung und Entwicklung aufgebaut werden (vgl. SYMALLA und FEILLBACH 2009 274).

Das Konzept lässt sich als integratives Programm bezeichnen. Dies bedeutet in diesem Kontext, dass das TEACCH-Konzept mit weiteren pädagogischen Ansätzen, wie zum Beispiel dem PECS-Programm, verknüpft werden kann. Auch hinsichtlich des Alters, der Intelligenz und der Sprache des Klientels zeigt sich das Konzept flexibel. TEACCH lässt sich bei jeder Altersstufe anwenden und beachtet bei jeder einzelnen Person die Intelligenz sowie die Sprache (vgl. WAGNER 2010 270). HÄUSSLER sieht das TEACCH-Konzept als ein umfassendes und auf lebenslange Begleitung ausgerichtetes Betreuungsprogramm für Menschen mit autistischen Entwicklungsstörungen (vgl. DEGNER et al. 2008 111).

### 3.2.2 Durchführung der Förderung nach dem TEACCH-Konzept

#### 3.2.2.1 Die TEACCH-Philosophie

Wie das TEACCH-Konzept umfassend und ganzheitlich umgesetzt werden kann, lässt sich anhand der TEACCH-Philosophie erkennen. Mit dieser sind folgende Denk- und Handlungsweisen gemeint:

**Individualisierung:** Das gesamte Hilffsystem wird individuell auf den Klienten zugeschnitten. Dies beinhaltet individuelle Zielstellungen, Materialien und Vorgehensweisen.

**Ressourcenorientierung:** Die Förderung knüpft an vorhandenen Entwicklungsansätzen an und baut auf bestehenden Fähigkeiten auf.

**Fachkompetenz:** Ausgangspunkt der Förderung ist die Kenntnis der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnis zu Autismus und die Anwendung der theoretischen Modelle, um individuelles Verhalten zu verstehen.

**Sozial-kognitive Verhaltenstheorie:** Es wird möglichst vermieden, neues Verhalten über operantes Konditionieren aufzubauen. Stattdessen wird auf die individuelle Bedeutsamkeit der Ziele geachtet und eine

Verhaltensänderung über ein besseres Verständnis der Umwelt erreicht.
<b>Kontinuität von Diagnostik und Förderung:</b> Es wird systematisch gefördert, protokolliert, evaluiert und Ziele werden weiterentwickelt.
<b>Partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Eltern:</b> Eltern und andere Bezugspersonen werden als die wichtigsten Unterstützer des Kindes angesehen. Demzufolge orientieren sich die Ziele und Vorgehensweisen an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Eltern oder anderen Unterstützer.
<b>Strukturierung und Visualisierung:</b> Die mit Autismus verbundenen neuropsychologischen Besonderheiten werden beachtet und die Umwelt diesen Bedürfnissen entsprechend in besonderem Maße strukturiert und visualisiert.
<b>Methodenvielfalt:</b> Strukturierung und Visualisierung bilden den Rahmen für ein methodenoffenes Förderkonzept, welches in verschiedenen Lebensbereichen zum Tragen kommt.
<b>Mitbestimmung und Kommunikation:</b> Im Zentrum der Förderung stehen das gelungene gegenseitige Mitteilen und Verstehen. Ziel der Förderung ist eine größtmögliche Selbstständigkeit und Selbstbestimmung.
<b>Respekt:</b> Menschen mit Autismus und deren Lebensweisen wird respektvoll begegnet. Autismus wird nicht als Krankheit betrachtet und bekämpft. Stattdessen soll Menschen mit Autismus der Zugang zu den gleichen gesellschaftlichen Errungenschaften wie nicht-betroffenen Personen ermöglicht werden.
<b>Lebenslange Unterstützung:</b> Autismus wird als eine lebenslange Persönlichkeitseigenschaft anerkannt. Dementsprechend werden spezifische altersgemäße Unterstützungen angeboten.

(DEGNER et al. 2008 110 f.)

### 3.2.2.2 Diagnostisches Vorgehen

Die Arbeit nach dem TEACCH-Ansatz sieht vor, dass vor jeder Förderung eine fundierte Diagnostik durchgeführt wird. Da man bei diesem Konzept von den Stärken bzw. Ressourcen und Interessen der einzelnen Personen und von einem individualisierten Vorgehen ausgeht, ist eine Diagnostik zur Erhebung dieser Bereiche eine bedeutsame Grundlage. Nur dann kann eine „maßgeschneiderte“ Förderung, wie sie das TEACCH-Konzept verlangt, geschehen. Im Kontext des TEACCH-Programms wurden drei förderdiagnostische Testverfahren: AA-PEP, PEP-R oder TEACCH Communication Curriculum entwickelt, welche in der Praxis ihre Anwendung finden. Nicht nur im Vorfeld, sondern auch entwicklungsbegleitend soll eine Diagnostik durchgeführt werden, um so Informationen über Zuwachs der Kompetenzen zu erhalten. Des Weiteren bietet eine solche Diagnostik die Chance, dass man die flexible Anpassung an die sich verändernden Bedürfnisse des jeweiligen Menschen im Blick behält (vgl. WEISS 2002 219).

### 3.2.2.3 Strukturierung und Visualisierung

Zwei Begriffe nehmen im Rahmen des TEACCH-Konzeptes eine bedeutende Rolle ein, Strukturierung und Visualisierung. WAGNER schildert in diesem Kontext die Bedeutung und Relevanz der beiden Begriffe sehr zutreffend. Aus beiden lassen sich konkrete Handlungsmöglichkeiten ableiten, die eine Antwort auf die Fragen: „Was ist wo?“, „Wie lange zu tun?“, „Wie geht das?“, „Was kommt danach und woher weiß ich das?“ liefern. Eine strukturierte Umgebung soll die Basis für möglichst umfassende Lernerfolge und zu mehr Kontaktaufnahmen

bieten. Mit Hilfe der Visualisierung von Aufgaben und Abläufen wird hingegen für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen die Reizverarbeitung erleichtert (vgl. WAGNER 2010 271). Visuelle Reize lassen sich bei vielen Menschen mit ASS leichter und effektiver verarbeiten, speichern und wieder abrufen (vgl. HÄUSSLER 2005 46). Dieses nutzt der TEACCH-Ansatz für die Förderung. Bei diesem Konzept stützt man sich darauf, dass durch die Strukturierung und Visualisierung eine Klarheit und Eindeutigkeit erreicht wird, welche sich günstig auf das Wohlbefinden auswirkt und die Verhaltenssicherheit erhöht (vgl. WAGNER 2010 271). Das Verstehen soll gefördert und Missverständnisse sollen durch eine Strukturierung vermieden werden (vgl. HÄUSSLER 2005 44).

#### **3.2.2.4 „Structured Teaching“**

Die Methode des „Strukturierten Unterrichtens“ beinhaltet ein ganzes System struktureller Hilfen. Ziel des „Structured Teaching“ ist es, Situationen für die Person mit ASS verstehbar zu machen, so dass diese wiederum angemessen reagieren kann. Es soll also eine Orientierung durch Strukturierung anhand individuell angepasster Maßnahmen erreicht werden. Die Strukturierungsmaßnahmen beziehen sich einerseits auf die Gestaltung der Umwelt und andererseits auf die Gestaltung von Abläufen aller Art. Zeit-, Aufgaben- und Instruktionspläne dienen der Strukturierung durch Visualisierung als Hilfsmittel (vgl. HÄUSSLER 2005 51). Bei der Strukturierung einer Fördersituation bezieht sich der TEACCH-Ansatz auf fünf Bereiche: Strukturierung der räumlichen Umgebung, der Zeit, der räumlichen Abfolge von Ereignissen, der Arbeitsorganisation, der Aufgaben und Tätigkeiten und der Routinen. Für eine individuell ausgerichtete Förderung gilt es alle fünf Bereiche aufeinander abzustimmen und miteinander zu verbinden (vgl. ebd.).

##### **Strukturierung der räumlichen Umgebung:**

Als Maßstab für die Strukturierung des Raumes gilt, dass die Umgebung dem Lernstil und dem individuellen Entwicklungsstand der einzelnen Personen mit Autismus-Spektrum-Störungen entspricht (vgl. DEGNER et. al. 2008 114). Räumliche Orientierung wird erleichtert, wenn einzelne Bereiche für gesonderte Aktivitäten klar von anderen Bereichen abgegrenzt sind. Für den Nutzer muss erkenntlich sein, was von ihm an welchem Platz erwartet wird. WAGNER ist der Ansicht, dass die Wahrscheinlichkeit umso höher ist, dass sich das erwünschte Verhalten einstellt und erwartete Tätigkeiten ausgeführt werden, je eindeutiger und klarer die Situation ist. Also wenn dem Nutzer klar ist, was in welchem Raum an welcher Stelle üblicherweise getan wird und welche Dinge wo stehen oder aufgeräumt werden sollen (vgl. WAGNER 2010 272). Mit Hilfsmitteln wie Regalen, Pflanzen, Klebestreifen, Bilder, Schilder, Farbcodierungen oder Fotos lassen sich Orientierungs- und Sicherheitshilfen einfach realisieren. Die Art der Kennzeichnung sollte dem Abstraktionsniveau des Nutzers entsprechen und konsequent beibehalten werden (vgl. DEGNER et. al. 2008 116).

##### **Strukturierung der Zeit:**

Für die zeitliche Orientierung sollten Abfolgen von Ereignissen durch einen Anfang und durch ein Ende einer Aktivität, die Dauer und einzelne Abschnitte visuell veranschaulicht werden. Es muss dem Nutzer verständlich sein, wann etwas beginnt und endet und was ihn danach erwartet. Eine Flexibilität hinsichtlich einer zeitlichen Abweichung sollte dabei gegeben sein (z.B. Alternativen angeben) (vgl. WAGNER 2010 272).

Um ihr Sicherheitsgerüst aufrecht zu erhalten bedürfen Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen einer Vorhersehbarkeit und vertrauten Abläufen. Veränderungen, plötzliche Ereignisse und Abweichungen von Routinen stellen für die betroffenen Personen oftmals eine Herausforderung dar, welche sich in Angstreaktionen, Aggressivität oder verstärkten stereotype Verhaltensweisen äußern kann. Es geht also darum eine gewisse Vorhersehbarkeit durch eine Strukturierung und somit Vermittlung von Verhaltenssicherheit, Wohlbefinden und souveränem Umgang mit Anforderungen zu schaffen (vgl. ebd.).

Für die Strukturierung der Zeit bieten sich folgende Mittel an: Strukturierung zeitlicher Abläufe: Tages-, Wochen-, Pausen- und Arbeitspläne.

Visualisierung der Zeitdauer: Sanduhren, Eieruhren, Time-Timer, Markierungen am Ziffernblatt (vgl. ebd.).

Der Zeitraum kann auch sprachlich durch die Formulierung: „Erst..., dann...“ abgegrenzt werden.

#### **Routinen als Strukturierungshilfen:**

Das Erlernen von Routinen dient der selbständigen Bewältigung von sozialen Interaktionen und Standardsituationen. So können bestimmte soziale Situationen und deren typischen Kommunikationsinhalte trainiert werden. Die Visualisierung bietet in diesem Fall keine dauerhafte Unterstützung, da sie in der realen Situation sehr unangemessen wäre. Durch ein regelmäßiges Training erhöhen sich die Flexibilität und das Sicherheitsgefühl für solche Situationen. Um die Ursache für störende Verhaltensroutinen zu erfassen, bedarf es einer Situationsanalyse. Durch neue, positive Routinen können Negative unterbrochen und ersetzt werden (vgl. WAGNER 2010 275 f.).

#### **Strukturierung für eine selbständige Arbeitsorganisation:**

Es handelt sich hierbei um das Erlernen einer Systematik, mit welcher die Anforderungen von außen geöffnet und ein Aufgaben- bzw. Lernpensum erfüllt werden kann. Dem Nutzer soll erkenntlich werden, was, wie viel und bis wann es erledigt werden muss. Die Nutzer sollen in der Lage sein, ihre Arbeit selbständig verrichten zu können. Das Arbeitssystem kann auf ganz unterschiedlichen Abstraktionsniveaus bestehen: To-do-Listen, Arbeitsaufträge auf verschiedenen Karten in schriftlicher Form, Pläne mit bildlichen Hinweisen. Auch die Art und Weise, wie die Arbeitsmaterialien und der Handlungsablauf angeordnet sind, ist entscheidend, ob der Nutzer die Arbeit selbständig vollziehen kann. Es empfiehlt sich folgender Handlungsablauf: links befinden sich die benötigten Arbeitsmaterialien, diese werden nacheinander bearbeitet und anschließend rechts in einen Korb, Kiste etc. gebracht, welche für erledigte Arbeiten stehen. Bei der Anwendung eines symbolischen Arbeitssystems wird ein Arbeitsplan eingesetzt, von dem alle bedeutenden Informationen aus den Karten am Plan abgelesen werden können. Allerdings können hier nicht die genauen Inhalte der Tätigkeiten, wie bei einem Fotoplan, entnommen werden. Zahlen, Buchstaben, Bilder, Farben und persönlich Interessen werden eingesetzt. Die einzelnen Arbeitskisten erhalten die gleichen Symbole, wie sie im Kartenplan zu sehen sind. Eine Zuordnung der Symbole wird somit erkenntlich. Eine Karte wird vom Plan abgenommen und an der entsprechenden Kiste befestigt, nachdem der Schüler sich die Karte angesehen hat. Nach der Fertigstellung der Arbeit wird die Karte in einen „Fertigumschlag“ einsortiert und es kann zur nächsten Aufgabe übergegangen werden (vgl. HÄUSSLER 2005 57 ff.).

#### **Strukturierung der Aufgaben und Materialien:**

Für die selbständige Erledigung einer Aufgabe sollte das Arbeitsmaterial zum einen möglichst mit persönlichen Interessen verbunden sein, um die Motivation für die Arbeit zu erhöhen. Zum anderen spielt eine klare visuelle Strukturierung des Materials in Verbindung mit eindeutigen Hinweisen für den Materialgebrauch eine bedeutende Rolle. Die visuelle Strukturierung ermöglicht dem Nutzer die Orientierung darüber, welches Material verwendet und wie mit diesem umgegangen werden soll. Anhand von drei



visuellen Strukturierungshilfen soll diese realisiert werden:

- a) visuelle Organisation
  - klare Aufteilung der Materialien in Schränke und Regalen
  - Einteilung der Arbeitsfläche in Felder oder Schablonen
  - Korb-Aufgaben: Alles was für die Bearbeitung benötigt wird, befindet sich im Korb. Die Bestandteile befinden sich in separaten Behältern. Diese werden auf der Arbeitsfläche entsprechend angeordnet.
- b) visuelle Instruktion: alle sichtbaren Informationen, die auf die Verwendung des Materials hinweisen:
  - schriftliche Anleitungen
  - Bildliche Darstellungen der Handlungsabfolge
  - Bild des Endprodukts oder des Modells
  - Schablonen
  - Bilder-Lexikon
  - Merkmale nutzen: Zuordnungen über Formen, Farben, Größen, Oberflächenstruktur
- c) visuelle Deutlichkeit: Maßnahmen zur Lenkung der Aufmerksamkeit auf das Wesentliche:
  - Unwesentliches weglassen
  - Wichtige Markierungen hervorheben
  - Pfeile, Rahmen, Farben, Unterstreichungen, Fettdruck, unterschiedliche Schriftgröße einsetzen

Letztlich kommt es darauf an, dass dem Nutzer ein zielorientiertes Handeln verständlich wird. Am Ende steht ein Ergebnis (vgl. HÄUSSLER 2005 59 ff.).

### 3.2.3 Die Anwendung des TEACCH-Konzeptes in der Praxis

Zunächst scheint das TEACCH-Konzept einfach umsetzbar zu sein. Bei näherer Betrachtung jedoch, wird man schnell feststellen, dass jede Pädagogin und jeder Pädagoge mit seinem Fachwissen gefordert ist, wenn sie bzw. er nach dem TEACCH-Ansatz arbeiten möchte. Das TEACCH-Konzept gibt im Wesentlichen den Rahmen für eine Förderung vor und weniger inhaltliche Äußerungen. TEACCH gibt also keine Lernziele vor. Dieser Ansatz verfolgt eine individuelle Förderung und möchte die Stärken und Interessen der einzelnen Personen mit ASS dafür nutzen. Für den Pädagogen bedeutet das in diesem Kontext, dass die Förderung individuell nach den Maßstäben des TEACCH-Konzeptes ausgerichtet sein muss. Eine passende Förderung für einzelne Menschen mit ASS festzulegen, bedarf einer gründlichen Diagnostik. Das TEACCH-Konzept beinhaltet zutreffend drei förderdiagnostische Verfahren, die speziell für die Untersuchung von Kindern und Erwachsenen mit ASS entwickelt wurden.

Für die Feststellung des Entwicklungs- und Verhaltensprofils von Kindern ist das PEP-R konzipiert worden und für Jugendliche und Erwachsene das AAPEP. Für Personen, die nicht oder nur wenig sprechen ist das Kommunikations-Curriculum entwickelt worden, welches für alle Alterstufen anwendbar ist (vgl. HÄUSSLER 2005 18). Während das Kommunikations-Curriculum nicht in deutscher Sprache zu erhalten ist, ist dieses hingegen für das PEP-R und AAPEP möglich. Laut HÄUSSLER handelt es sich bei beiden Verfahren um Tests, die flexibel eingesetzt und fast ausschließlich ohne Anwendung der Sprache durchgeführt werden können. Das Augenmerk der Tests wird auf Entwicklungsansätze, auf den individuellen Lernstil gelegt und darauf, wie der



Schüler Aufgaben am besten versteht und welche Unterrichtstechniken für ihn geeignet sind. Das PEP-3 erhält seit der Revision ein strukturiertes Elterninterview. Das Kommunikations-Curriculum betrachtet die Untersuchung der spontanen Kommunikation. Die Untersuchung beinhaltet eine systematische Beobachtung und ein Interview mit einer Bezugsperson. Aus diesen Informationen kann ein individueller Förderplan entwickelt werden. Das TEACCH Transitional Assessment Profile (TTAP) entstand bei der Revision des AAPEP. Demnach werden bei dieser Ausführung die Autismus-Spektrum-Störung in ihren unterschiedlichen Ausprägungen und die berufliche Integration für Menschen mit ASS berücksichtigt (vgl. ebd.).

Die Diagnostik bietet eine Grundlage für die Förderung nach TEACCH. Wie jedoch das adäquate Maß an Strukturierung festzulegen ist, kann mit der Diagnostikdurchführung nur bedingt erfasst werden. Es bleibt letztlich immer dem Pädagogen überlassen, wie er dieses interpretiert und beurteilt. Die einmal aufgestellten Strukturierungshilfen gelten nicht dauerhaft. Sie müssen regelmäßig auf ihre Angemessenheit überprüft und ggf. erhöht oder reduziert werden (vgl. HÄUSSLER 2005 48). Von Bedeutung ist, dass man sich über den nächsten Entwicklungsschritt und über ein langfristiges Förderziel klar wird, dieses verfolgt und darauf hin arbeitet. Wünschenswertes Ziel ist es, langfristig ohne Unterstützungsmittel auszukommen. In welchem Maße, zu welchem Zeitpunkt und ob dieses überhaupt möglich ist, hängt von der einzelnen Person und deren Fortschritte ab. Erst wenn sich der betreffende Mensch ohne Strukturierungshilfe im Alltagsgeschehen zurechtfindet, ist eine solche überflüssig (vgl. HÄUSSLER 2005 49). Wann dies gegeben ist, ist jedoch wiederum eine subjektive Entscheidung, welches zu unterschiedlichen Meinungen und Handlungen führt.

Das TEACCH-Programm, wie es in North Carolina angewendet wird, lässt sich hierzulande nicht umsetzen. HÄUSSLER begründet dieses mit einem differenten Sozialsystem. Das TEACCH-Programm in den USA ist ein staatlich getragenes, einheitliches und zentrales organisiertes Betreuungs- und Förderangebot für Menschen mit Autismus (vgl. HÄUSSLER 2005 179). Daran ist in Deutschland nicht zu denken. Dennoch lässt sich das Konzept so nutzbar machen, dass bestimmte Aspekte, welche für die Zielgruppe relevant sind, übertragen und angewendet werden können. Die Rahmenbedingungen in der jeweiligen Einrichtung sind letztlich ausschlaggebend für die Interpretation und Anwendung des Konzeptes.

Die Rahmenbedingungen des TEACCH-Konzeptes umfassen die bereits beschriebene Entwicklungsdiagnostik, welche in gewissen Abständen wiederholt werden und deren Ergebnisse dokumentiert werden sollen, eine Ausbildung und Qualifizierung der Mitarbeiter, eine regelmäßige Praxisberatung durch eine Fachkraft und die räumlichen und personellen Gegebenheiten. Sind die Bedingungen nicht in der gewünschten Form vorhanden, können laut HÄUSSLER dennoch Elemente des TEACCH-Ansatzes umgesetzt werden. Es stellt sich jedoch die Frage, ob das Konzept eine gleiche Effektivität erzielen kann, wenn zum Beispiel die einführende Diagnostik für die Förderung wegfiele.

### 3.2.4 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des TEACCH-Konzeptes

Die Untersuchung der Wirksamkeit des TEACCH-Konzeptes stellt kein leichtes Unterfangen dar. TEACCH ist keine eng umschriebene Methode, die man in einem klar definierten Rahmen anwenden und mit anderen Methoden der Förder- und Therapiekonzepte vergleichen kann (vgl. HÄUSSLER 2005 21). Da das TEACCH-Konzept ein ganzheitliches Verfahren darstellt und sich in die unterschiedlichsten Lebensbereiche verästelt, ist es so gut wie unmöglich, die Bedingungen für eine wissenschaftliche Studie so standardisiert und kontrollierbar zu gestalten, dass sie sich für vergleichbare Verfahren eignen.

HÄUSSLER, SCHOPLER; MESIBOV, DE VELLIS und SHORT befragten Eltern und Fachleute aus verschiedenen Ländern, welche nach dem TEACCH-Konzept arbeiteten, nach dessen Wirksamkeit. Aus den Umfragen konnte entnommen werden, dass die Befragten einen Zuwachs an Fähigkeiten, eine Reduzierung von problematischem Verhalten und die Entwicklung größerer Selbständigkeit bei den Personen mit ASS feststellten (vgl. ebd.).

MESIBOV betrachtete 1997 die Effektivität des TEACCH-Konzeptes in Bezug auf die Eingliederung von erwachsenen Personen mit ASS in den Arbeitsmarkt. Erwachsene Personen mit ASS, welche bereits in ihrer Schulzeit mit dem TEACCH-Konzept gefördert wurden, konnten erfreuliche Erfolge erzielen. Laut MESIBOV konnten 90% der Erwerbstätigen mit ASS ihren Arbeitsplatz halten (vgl. ebd.). Auch KEEL et al. sprechen von einer positiven Bilanz der Beschäftigungszahlen von Personen mit ASS auf dem ersten Arbeitsmarkt. Sie gehen von einer Abbruchquote von lediglich 11% aus (vgl. DEGNER 2008 135).

In einer Studie, die zu Beginn des TEACCH-Konzeptes, 1971 von SCHOPLER et al. durchgeführt wurde, um den Effekt von strukturierten Maßnahmen von Unterrichtseinheiten zu betrachten, konnte ein positiver Nachweis erbracht werden. Mit einem Umkehrversuchsplan wurde die Interaktion zwischen fünf Kindern und ihren Betreuern zum einen in einer strukturierten Umgebung untersucht und zum anderen in Bezug zu einer unstrukturierten Umgebung (vgl. DEGNER 2008 133). Die fünf Kinder nahmen in der strukturierten Umgebung mehr Kontakt zu den Betreuern auf und ließen diesen ebenfalls zu (vgl. ebd.). Des Weiteren zeigten sie eine bessere Aufmerksamkeit, einen positiven Affekt und angemesseneres Verhalten (vgl. HÄUSSLER 2005 21). In weiteren Untersuchungen wurde die Wirksamkeit der strukturierten Umgebung im Vergleich zu Unstrukturierten nachgewiesen.

Bezüglich der Visualisierung von Zeitplänen konnte MC DUFF et al. aufzeigen, dass vier Jungen mit ASS eine höhere Aufgabenbereitschaft während den strukturierten Lernsituationen mit visueller Hilfestellung (Zeitplan) erzielten (vgl. DEGNER 2008 134). HÄUSSLER berichtet ebenfalls von der Effektivität visueller Pläne. Nachweise in mehreren Fällen konnten verdeutlichen, dass gerade Aufgabenpläne eine bedeutsame Unterstützung für die Initiierung von Aktivitäten und die Ausführung von Handlungsabfolgen darstellen (vgl. HÄUSSLER 2005 21). Solche Unterstützungsformen sollen laut BRYAN et al. den Handlungsspielraum und die Flexibilität erweitern, sowie problematische Verhaltensweisen reduzieren (vgl. ebd.).

HUME und ODOM gingen in einer Untersuchung 2007 der Frage nach, ob sich strukturierte Arbeitssysteme auf die Selbständigkeit bezüglich der Spiel- und Arbeitsfähigkeit auswirkt. Eine deutliche Verbesserung der Selbständigkeit konnte festgestellt werden. Bei zwei Kindern mit ASS wurde des Weiteren nachgewiesen, dass strukturierte Arbeitssysteme eine beachtliche Optimierung der selbständigen Arbeitsdurchführung erzielen kann und nachhaltig bestehen bleibt. OZNOFF und CATHART betrachteten die Effektivität des TEACCH-Konzeptes im Bereich der Frühförderung. Genauer interessierten sie sich für den Effekt der häuslichen Anwendung des TEACCH-Konzeptes. Elf Kinder mit ASS im Vorschulalter, deren Eltern das TEACCH-Konzept anwendeten, wurden einer Kontrollgruppe, bestehend aus elf weiteren Kindern mit ASS, deren Eltern TEACCH nicht anwendeten, gegenübergestellt. Nach einem Untersuchungszeitraum von vier Monaten konnten beachtliche Fortschritte hinsichtlich der Imitationsfähigkeit, Fein- und Grobmotorik und den Gesamt-PEP-R-Werten sowie geringere autistische Verhaltensweisen erreicht werden (vgl. FREITAG 2008 123). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch MUKADDES et al., welche den Effekt des Elterntrainings bezüglich einer strukturierten Förderung untersuchten.

Um die Wirksamkeit des TEACCH-Ansatzes in einer Wohneinrichtung für Menschen mit ASS zu untersuchen, führten VAN BOURGONDIE, REICHLE und SCHOPLER 2003 eine Studie durch. Die Gruppe, welche nach dem TEACCH-Konzept gefördert wurde, erlebte die Strukturierung als hilfreich, um so ihren Alltag selbständiger zu bewältigen (vgl. ebd.). Eine Abnahme von problematischen Verhaltensweisen, eine angemessenere Kommunikation und vorbeugende Verhaltensmaßnahmen ließen sich ebenfalls nachweisen (vgl. HÄUSSLER 2005 22). Fortschritte bezüglich der kognitiven Fähigkeiten konnten nicht festgestellt werden (vgl. FREITAG 2008 123).

Welche Wirkung TEACCH im Bereich der Schule hat, erfassten PANEREI et al. 16 Kinder wurden in zwei entsprechend Alter, Entwicklungsstand, Geschlecht und Ausprägung des Autismus vergleichbaren Gruppen mittels PEP-R und den „Vineland Adoptive Behavior Scales“ untersucht. Nach einem Jahr zeigte die Experimentalgruppe stärkere Fortschritte im Vergleich zur Kontrollgruppe (vgl. DEGNER 2008 134).

Aus den bisherigen Schilderungen bezüglich der Untersuchungen der Effektivität des TEACCH-Konzeptes, können fast ausschließlich positive Ergebnisse entnommen werden. Der TEACCH-Ansatz bemüht sich um eine Anbindung an die empirische Wissenschaft. Dennoch kann die Effektivität des TEACCH-Ansatzes aus der bisherigen Datenlage nicht abschließend beurteilt werden (vgl. ebd. 136). Festgehalten werden kann, dass das TEACCH-Konzept eine abgesicherte theoretisch-fundierte Methode darstellt. Kritisiert wird jedoch, dass in vielen Studien nicht die Anwendung des TEACCH-Konzeptes dargestellt wurde. Dieses lässt die Interpretation zu, dass die erreichten Ergebnisse auch von den Rahmenbedingungen und den verantwortlichen Pädagogen und Therapeuten abhingen (vgl. ebd.)

### **3.2.5 Zusammenfassung unter kritischer Reflexion**

Mit dem TEACCH-Konzept sind für Menschen mit ASS viele Vorteile verbunden. Aber auch die Nachteile gilt es im Sinne einer gänzlichen Beurteilung des Konzeptes, zu klären.

Auf eine *Individualisierung* wird beim TEACCH-Konzept geachtet. Das TEACCH-Konzept bietet den Rahmen dafür, dass Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene nach einem klar strukturierten Ablauf lernen und arbeiten können. Inhaltlich macht TEACCH keine Vorgaben. Dementsprechend könne Lernziele individuell angepasst werden und ein individuelles Fördersetting geschaffen werden. Explizit wird die Individualisierung schon bei den TEACCH-Prinzipien betrachtet. Dort heißt es dass, das gesamte Hilffssystem individuell auf den Klienten zugeschnitten werden soll. Dies soll individuelle Zielstellungen, Materialien und Vorgehensweisen beinhalten. Eine individuell gestaltet Förderung betont das Konzept fortlaufend an mehreren Stellen. Wie bei fast keinem anderen Konzept für Menschen mit ASS wird hier die Individualisierung besonders beachtet und für die Praxis realisierbar gemacht.

Beim TEACCH-Konzept muss darauf geachtet werden, dass die *persönliche Entfaltung* nicht eingeschränkt wird. Eine bloße Strukturierung reicht nicht aus, um von einer Anwendung nach dem TEACCH-Ansatz zu sprechen. Eine grundlegende und entwicklungsbegleitende Förderdiagnostik wird nicht selten übersehen und der Bezug auf das Individuum nicht in ausreichendem Maße beachtet, gerade wenn TEACCH im Gruppenverband angeboten wird. Ohne Informationen durch diagnostische Maßnahmen können keine genauen Aussagen darüber getroffen werden, ob und in welchen Bereichen eine Strukturierung überhaupt hilfreich und notwendig ist (vgl. WEISS 2002 225). Möglicherweise werden einer Person Strukturierungshilfen bereitgestellt, welche sie nicht oder nicht mehr in diesem Ausmaß benötigt. Somit können diese Strukturierungs- und Visualisierungshilfen auch kontraproduktiv sein. Das Konzept kann unwissentlich dazu missbraucht werden, der Person mit ASS eine noch autistischere Umgebung zu schaffen. Den betroffenen Personen wird die Option einer „Abhängigkeit“ bzw. Fixierung auf die eingesetzten Strukturierungshilfen eingeräumt, weil sie sich nur noch auf eine individuelle Unterstützungshilfe einlassen, diese dann auch einfordern und so unflexibel bezüglich alternativen und neuen Unterstützungsformen werden. Dieser Missbrauch steht im Gegensatz zu den Zielen der Integration, der Selbständigkeit und der hohen Lebensqualität, die das Konzept vorgibt (vgl. ebd.). HOWLIN verweist darauf, dass gerade unerfahrene Pädagogen, TEACCH zu rigide anwenden, was auf die Kosten der Individualität und Spontaneität gehen würde (vgl. ebd.).

Auf eine *Flexibilität* muss beim TEACCH-Konzept geachtet werden. Nicht jede Situation kann strukturiert werden. Diese These findet auch im TEACCH-Konzept seine Berücksichtigung. Nach TEACCH ist es jedoch wünschenswert, „offene“ Situationen durch eine gewisse Vorhersehbarkeit, vorweg zu strukturieren. Menschen mit ASS, gerade Kinder mit ASS müssen auch lernen, flexibel mit neuen, unangekündigten Situationen umzugehen. Dieses bietet ein enormes Lernfeld, welches den entsprechenden Personen nicht vorenthalten werden soll. Selbstverständlich ist, dass dieses immer nur unter individueller Betrachtung geschehen kann. Auch HOWLIN ist der Meinung, dass die Schüler letztlich dazu fähig sein sollten, sich in viel weniger stark strukturierten Umgebungen zurechtzufinden. Andernfalls ist zu befürchten, dass die mit diesem hochspezialisierten Ansatz erreichten Fortschritte zunichte gemacht werden, sobald der Schüler einem anderen Umfeld ausgesetzt wird (WEISS zit. nach HOWLIN 225).

Aus vielen Studien über den TEACCH-Ansatz gehen positive *Effekte* hervor. Aus der Literatur lässt sich entnehmen, dass TEACCH ein gut evaluiertes Förderkonzept mit nachweisbaren guten Therapiefolgen darstellt. Studien weisen auf eine Reduzierung von problematischen Verhaltensweisen (geringere autistische Verhaltensweisen) und auf die Entwicklung größerer Selbständigkeit hin. Durch strukturierte Umgebungen konnten Verbesserungen hinsichtlich des Kontaktverhaltens, der Aufmerksamkeit, des Affektes, der Kommunikation und der selbständigen Arbeitsdurchführung erzielt werden. Mittels TEACCH können 90% der Erwerbstätigen mit ASS ihren Arbeitsplatz halten und teilweise auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt werden.

TEACCH ermöglicht den Einbezug *weiterer Förder- und Therapiekonzepte*. Es ist ein Förderkonzept, das weitere Verfahren nicht nur zulässt, sondern sogar für wünschenswert sieht. Es wird betont, dass sich kommunikationsfördernde Programme, wie zum Beispiel PECS, gut in den TEACCH-Ansatz integrieren lassen. Aber auch im Zusammenhang mit Verfahren bezüglich des Sozialtrainings (siehe SOKO Autismus) ist eine kombinierte Anwendung möglich. Die Verbindung mit weiteren Konzepten ist bei TEACCH deshalb so gut möglich, weil sich das Verfahren auf den Lern- bzw.- Arbeitsrahmen konzentriert und inhaltlich keine Bestimmungen vorgibt.

Auf eine *Generalisierung und auf eine Übertragung des Gelernten auf den Alltag* muss bei TEACCH geachtet werden. Generell sollte die Umgebung nach dem TEACCH-Ansatz in vielerlei Situationen (Schule, Freizeit, zu Hause...) strukturiert und visualisiert anzutreffen sein. Eine Generalisierung lässt sich somit in einer strukturierten Umgebung noch realisieren, eine Übertragung des Gelernten auf unstrukturierte Situationen stellt hierbei aber eine größere Herausforderung dar. Aber solche unstrukturierte Situationen werden Menschen mit ASS, außerhalb ihres „behüteten“ Betreuungs- und Förderangebotes zahlreich erleben. Ein Training in solchen Situationen ist deshalb unerlässlich. Auch wenn viele Alltagssituationen anhand von TEACCH vorher besprochen, strukturiert und mit dem Klienten eintrainiert werden können, wird dieser viele Situationen erleben, die für ihn neu sind. Nicht jedem Menschen mit ASS wird es dann gelingen, einen Transfer zwischen der „gelernten Situationen“ auf die aktuell vorzufindende Situation, zu ziehen. Eine Förderung bezüglich Erfahrungen im Alltag, Situationen, die nicht strukturiert werden können, sollte also zusätzlich stattfinden.

TEACCH bedarf einer gemeinsamen *Umsetzung und Organisation*. Dieser Ansatz wird häufig als eine Methode unter vielen gesehen. Eine Öffnung des TEACCH-Konzeptes hinsichtlich anderer Fördermethoden ist hier vorhanden. Dies ist vielmehr erwünscht. Ausschlaggebend für die Anwendung von TEACCH ist, dass alle Mitarbeiter eines Teams, im günstigsten Falle sogar alle Bezugspersonen das Konzept als Erfolg ersprechende Methode sehen und geschlossen hinter diesem stehen. TEACCH ist eine Methode für den pädagogischen Alltag, an dem nicht selten mehrere Pädagogen beteiligt sind. Im Unterschied zu Therapieformen ist TEACCH nicht für eine abgegrenzte Zeit durch einen ausgebildeten Mitarbeiter anwendbar (vgl. HÄUSSLER 2005 180 f.). Das TEACCH-Konzept verlangt eine konsequente Anwendung. Es kann nicht sein, dass ein Mitarbeiter einer Gruppe nach dem Ansatz arbeitet, sein Kollege aber nicht. HÄUSSLER berichtet,

dass die Umsetzung häufig deswegen nicht zustande kommt, weil nicht das gesamte Team von dem Konzept überzeugt werden kann. Sie ist der Ansicht, dass der Grund für die Schwierigkeiten darin liegt, dass TEACCH vielmehr eine bestimmte Denk- und Handlungsweise, als eine Technik darstelle und das Umdenken im Sinne von TEACCH, vielen Fachkräften schwer fiele (vgl. HÄUSSLER 2005 181). Außerdem meint sie, dass man nicht alleine nach TEACCH arbeiten kann, weil dieses Konzept keine Therapieform darstellt, in der man einen Mitarbeiter ausbildet, der einmal wöchentlich eine Stunde TEACCH anbietet, wie es zum Beispiel beim Heilpädagogischen Reiten organisiert wird (vgl. HÄUSSLER 2005 181).

TEACCH kann fehl *interpretiert* werden. Es besteht das Risiko, TEACCH falsch zu interpretieren und demnach falsch anzuwenden. TEACCH gibt den Rahmen für eine Förderung vor, sagt aber nichts darüber aus, wie diese inhaltlich gestaltet werden soll. Dieses birgt das Risiko in sich, dass das Konzept falsch oder nicht ausreichend auf das Individuum übertragen wird. So könnte das Konzept zu vereinfacht und zu einseitig angewandt werden. Dadurch, dass das TEACCH-Konzept den Inhalt der Förderung nicht vorgibt besteht aber auch eine Chance. So bietet TEACCH den Rahmen für eine Förderung, in dem der Pädagoge die Lernziele individuell definieren und entsprechende Maßnahmen dazu realisieren kann.

TEACCH geht auf mehrere *autismusspezifische Förderbedürfnisse* ein. Das Konzept wird wesentlich im Kontext mit Autismus verwendet, jedoch nicht ausschließlich. Auch für „andere kommunikationsbeeinträchtigte Personen“ findet TEACCH Anwendung. Das Verfahren konzentriert sich auf eine Förderung im kommunikativen und sozialen Bereich. Es bietet eine Unterstützung beim Lernen und Arbeiten durch die Vermittlung von Verständnis und Vorhersehbarkeit durch Strukturierung und Visualisierung. Zudem wird das Ziel verfolgt, die Selbständigkeit und Lebensqualität von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen zu erhöhen. Nicht jedes autistische Verhalten soll beseitigt werden, sondern dysfunktionale Verhaltensweisen sollen durch funktionale ersetzt sowie neue Kompetenzen erlernt werden. TEACCH ist also ein Verfahren, das sich auf mehrere „autismusspezifische“ Förderbereiche bezieht. Das Konzept möchte eine möglichst umfassende Förderung bieten.

Die *Eltern* werden beim TEACCH-Konzept (stark) einbezogen. Eltern sind keine Therapeuten. Nach dem herkömmlichen TEACCH-Programm werden die Eltern stark in die Förderung eingebunden. Gegen einen Einbezug der Eltern ist zunächst nichts einzuwenden. Kritisch betrachten lässt sich jedoch den Aspekt, dass Eltern als wichtigste Therapeuten des Kindes gelten (vgl. WEISS 2002 221), als so genannte Co-Therapeuten. Eltern haben zunächst die Funktion bzw. die Rolle der Mutter und / oder des Vaters. Dementsprechend kommen ihnen bestimmte Aufgaben zu, die es vorrangig zu erfüllen gilt. Geht man davon aus, dass Eltern Co-Therapeuten sind, kann es schnell dazu kommen, dass die elterlichen Aufgaben in den Hintergrund treten und „therapeutische“ Elemente diesen Platz einnehmen. Verglichen mit ABA ist die Einbindung in die Therapeutenrolle beim TEACCH-Ansatz aber deutlich geringer. Zudem stellt es eine entscheidende Rolle dar, ob sich Menschen mit ASS auch in ihren außerschulischen Lebensbezügen bzw. außerhalb ihrer Arbeitswelt lebenspraktische Kompetenzen aneignen,

welches mit dem TEACCH-Ansatz geschehen kann. In welchem Maße und in welchen Bereichen dieses aber geschehen soll, muss mit den Eltern ausreichend abgeklärt werden.

Eine Strukturierung durch äußere Bedingungen genügt für eine effektive Förderung nicht. Das TEACCH-Konzept macht Aussagen darüber, wie Räumlichkeiten, die Zeit, Arbeitssysteme, Aufgaben und Materialien strukturiert und visualisiert werden können. Diese Rahmenbedingungen stellen wichtige Grundlagen der Förderung für Menschen mit ASS dar. Sie reichen alleine aber nicht aus. Nach Ansicht des Verfassers sind auch die Lehrpersonen mit ihrer Persönlichkeit selbst dazu aufgefordert, ihre Arbeit in Bezug auf den betroffenen Personenkreis zu strukturieren. Das bedeutet, dass eine Strukturierung auch durch die persönliche Ausstrahlung der Pädagogen gegeben sein muss. Aussagen, diesbezüglich, werden im TEACCH-Konzept nicht explizit gemacht. Beide Aspekte schließen sich aber auch gegenseitig nicht aus, sondern stellen eine Ganzheitlichkeit dar. Dennoch hält der Verfasser diesen Aspekt für erwähnenswert.

Der Verfasser bewertet das Förderkonzept für chancenreich, wenn bei der Förderung eine saubere Einhaltung der Vorgaben, beachtet wird. Es bietet zahlreiche Vorteile an. TEACCH lässt dem Pädagogen und dem Kind bzw. Jugendlichen den Freiraum, wie die Umsetzung gestaltet werden soll und berücksichtigt dabei stark die individuelle Ausrichtung. Das Konzept ist neben dem Förderbereich der Schule, Kindergarten oder anderen pädagogischen Einrichtungen auch im Kontext des Wohnens, des Arbeitens und der Freizeit anwendbar. Ein entscheidender Vorteil gegenüber vielen anderen Konzepten, bieten die zugehörigen Diagnostikverfahren. Insgesamt ermöglicht dieses Förderkonzept einen vielseitigen und flexiblen Einsatz unter adäquater individueller Anwendung.

#### **4. Kommunikationsfördernde Verfahren**

Ein großer Schwerpunkt stellt bei der Intervention für Menschen mit ASS die Kommunikationsförderung dar. Zahlreiche Methoden bieten Möglichkeiten für eine solche an. Im Kontext mit Autismus werden neben der Sprachtherapie zwei Konzepte häufig angewandt, die gestützte Kommunikation und PECS. In der hiesigen Diskussion sind die beiden Verfahren nicht unumstritten. In dieser Arbeit soll beiden Konzepten der Raum für eine ausführliche Betrachtung unter dem Aspekt einer Förderung als Chance oder Eingrenzung gegeben werden.

##### **4.1 PECS („Picture Exchange Communication System“)**

###### **4.1.1 Einführung in das PECS-Konzept**

Das „Picture Exchange Communication System“ (PECS) (= Bild-Austausch-Kommunikations-System) lässt sich in die Kategorie der alternativen Kommunikationsformen einordnen. Verhaltenstherapeutische Elemente bieten die Grundlage für einen Lernprozess bezüglich des Kommunikationsaufbaus. Die Methode wurde von FROST und BONDY entwickelt, um Menschen mit ASS ein nonverbales Kommunikationssystem zu vermitteln, durch das sie lernen sollen, von sich aus zu kommunizieren. PECS ist nicht nur ein Förderkonzept, sondern auch eine

Kommunikationsmethode, über die eine Kommunikation zustande kommen und aufrecht erhalten bleiben kann. PECS beruht auf der Grundannahme, dass Menschen mit ASS über gute visuelle Fähigkeiten verfügen. Dies erweist sich für die Kommunikationsförderung bei nonverbalen Personen des benannten Personenkreises als hilfreich, indem Bildkarten eingesetzt werden. Das Bild-Karten-System des PECS-Konzeptes hat gegenüber der Gebärdensprache den Vorteil, dass es von manchen Personen mit ASS einfacher erlernt wird und von Kommunikationspartnern schneller verstanden werden kann, als es bei Gebärden gegeben wäre (vgl. FREITAG 2008 129).

Zielgruppe des PECS-Konzeptes sind Menschen mit ASS, die sich lediglich über einzelne Worte verständigen, kurze Sätze ausführen, Sprache kaum spontan anwenden können oder sich verbal nicht verständlich machen. Werden die Bildkarten durch taktile Symbole ersetzt, ermöglicht das Verfahren auch autistischen Menschen mit einer Sinnesbehinderung die Chance für einen Kommunikationsaufbau. Die Zielgruppe lässt sich aber ohne weiteres auf einen größeren Personenkreis anwenden. Die Methode, so z.B. LECHMANN et al., kann auch bei weiteren Personen, die nonverbal oder kommunikativ beeinträchtigt sind (Down-Syndrom, Cri-du-Chat, Angelmann-Syndrom sowie Menschen mit Sprachentwicklungsstörungen) angewandt werden. Bedenken bezüglich der Anwendung werden bei älteren Personen geäußert, welche Schwierigkeiten mit dem Erlernen des Konzeptes haben könnten. Auch motorisch sollten die unterstützenden Personen in der Lage sein, mit den Bildkarten umzugehen. Zudem sollten sie bestimmte Interessen und Vorlieben entwickelt haben, um daraus Verstärker für ein motiviertes Vorgehen ableiten zu können (vgl. LECHMANN et al. 2009 382).

Ziel des Konzeptes ist es, über Fotos und Bildkarten zunächst eine Sprachanbahnung zu erreichen, den Einsatz einer spontanen Kommunikation und das zielgerichtete Kommunizieren mit dem Kommunikationspartner zu erhöhen, um schließlich ein umfassendes und komplexes Kommunikationssystem aufzubauen. Dies soll im besten Falle durch verbale Äußerungen geschehen. Der Kommunikationsaufbau erfolgt über sechs Phasen.

Das PECS-Konzept erlaubt es, weitere Förder- und Therapiemethoden zu integrieren. Um differenziertere Fördermöglichkeiten zu schaffen, können weitere Verfahren zur Kommunikationsförderung angewendet werden (vgl. WEISS 2002 110).

#### **4.1.2 Durchführung der Förderung nach dem PECS-Konzept**

##### **4.1.2.1 Verhaltenstherapeutische Wirkungsprinzipien**

Der Aufbau des Kommunikationssystems basiert auf verhaltenstherapeutischen Methoden wie prompting, shaping, backward chaining und fading. Über die Motivation einer Person mit ASS wird diesem für jeden kommunikativen Teilschritt direkt seinen Wunsch erfüllt, um sozial funktionales Verhalten zu belohnen. Die vorherermittelten Verstärker werden gezielt und portioniert von dem Kommunikationspartner eingesetzt, um zahlreiche Übungsgelegenheiten zu erzielen. Um der Person mit ASS Erfolgserlebnisse einzuräumen, werden die Lernanforderungen so gestellt, dass die Aufmerksamkeit auf den Inhalt nur für kurze Zeit gehalten werden muss, um den Teilschritt des Übergebens der Bildkarte auszuführen. Des Weiteren erhält die nutzende Person bei jedem Schritt



eine Unterstützung in Form eines Promters (Helfer). Neben der zielgerichteten Aufmerksamkeit bezüglich der Auswahl mehrerer Bildkarten, lernt die zu unterstützende Person ihre Aufmerksamkeit mit anderen Menschen zu teilen (vgl. LECHMANN et al. (2009) 376).

#### 4.1.2.2 Diagnostisches Vorgehen

Motivation stellt bei PECS ein zentrales Element dar. Bei Menschen mit ASS ist es von entscheidender Bedeutung, ob es gelingt eine Motivation aufzubauen, um die entsprechende Personengruppe im kommunikativen Bereich zu fördern. Um eine solche Motivation zu schaffen, setzt das PECS-Konzept an den Interessen, Bedürfnissen und Wünschen der Person mit ASS an. Mit Hilfe einer Verstärkerdiagnostik werden diese Präferenzen des Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen betrachtet und ermittelt. In einer strukturierten Situation können dem PECS-Schüler so diverse Gegenstände präsentiert und deren Auswahl seitens der Person mit ASS festgehalten werden. Auch in der natürlichen Umgebung kann mittels einer Beobachtung herausgefunden werden, was der Schüler am liebsten, mäßig oder gar nicht mag. Diese Informationen sollen in einer Liste festgehalten werden. Befragungen der Eltern oder anderer Bezugspersonen liefern Informationen über Interessen, Wünsche und Bedürfnisse, welche als Verstärker in Frage kommen. Die Ermittlung der Verstärker sollte nicht nur vor der Durchführung des PECS-Trainings geschehen, sondern auch währenddessen. Den ermittelten Gegenständen entsprechend, sollte dann ein Kartenrepertoire hergestellt werden (vgl. LECHMANN et al. 2009 377).

#### 4.1.2.3 Die Trainingsphasen

PECS sieht für den Kommunikationsaufbau sechs aufeinander aufbauende Phasen vor.

##### **ERSTE PHASE: Physischer Austausch**

Das Lernziel in dieser ersten Phase beinhaltet, dass das Kind lernt, eine Bildkarte gegen eine gewünschte Sache einzutauschen. Das Kind soll bei diesem Vorgang seinem Kommunikationspartner eine Bildkarte übergeben, auf der die gewünschte Sache, abgebildet ist. Der Kommunikationspartner händigt dann den Gegenstand in realer Form aus (vgl. SCHÜTTERLE 2005 113). Die Lehr-Lernsituation wird sehr stark strukturiert und findet in einem isolierten Setting statt. In dieser Phase bedarf es zwei Trainern (Kommunikationspartner und Assistent des Kindes / „physical promter“), die mit dem Kind, Jugendlichen oder Erwachsenen mit ASS zusammenarbeiten. Die zu fördernde Person sitzt an einem Tisch. Der Assistent befindet sich direkt hinter dieser, so dass der Kommunikationspartner beiden gegenüber sitzt. Auf dem Tisch befinden sich ein für den Schüler interessanter Gegenstand und eine Bildkarte, welche die gewünschte Sache abbildet. Folgender Vorgang wird vorgenommen:

1. Kind greift zum Realgegenstand
2. Assistent lenkt Kind zum Bild
3. Assistent führt Bild zum Kommunikationspartner
4. Kommunikationspartner händigt den Realgegenstand mit der Verbalisierung des Wunsches aus (vgl. SCHÜTTERLE 2002, 3) (Bei der Benennung soll die Bildkarte auf Mundhöhe gehalten werden)
5. Das Kind wird gelobt

Dem Kind soll durch die Paarung von materiellem Verstärker und Lob vermittelt werden, dass es sich lohnt,

allein wegen den sozialen Kompetenzen mit anderen Menschen in Kontakt zu treten (vgl. LECHMANN et al. 2009 377). Durch kontinuierliches Üben soll der Schüler lernen, dass die Karte zum gewünschten Ziel führt. (vgl. SCHÜTTERLE 2005 114).

### **ZWEITE PHASE: Erhöhung der Spontaneität**

In dieser Phase lernt der Schüler, dass er für die Kommunikation zu seinem Kommunikationsbuch gehen muss, um dort das entsprechende Bildkärtchen abzunehmen und dieses dem Kommunikationspartner in die Hand zu geben.

Das benannte Kommunikationsbuch kann in Form eines Ringbuches gestaltet sein, indem später die Bildkarten auf verschiedene Einlegeblättern angeordnet werden. Es soll dem Schüler somit ermöglicht werden, aus einer Vielzahl von Bildern selbständig auszuwählen. Dieser komplexe Vorgang wird in Teilschritten gelernt (vgl. LECHMANN et al. 2009 378).

Die Lehr-Lernsituation findet in dieser Phase nicht mehr in einem isolierten Setting statt, sondern in einem realen sozialen Kontext (vgl. SCHÜTTERLE 2002, 3). Begonnen wird ebenfalls am Tisch oder auf dem Boden.

1. Bildkarte wird in einem Kommunikationsbuch befestigt. (Schüler soll lernen, die Bildkarte abzunehmen und dem Kommunikationspartner zu übergeben)
2. Die räumliche Distanz zwischen dem Schüler und dem Kommunikationspartner wird erhöht. (Dem Schüler sollte verständlich werden, dass die Aufmerksamkeit des Kommunikationspartners vor dem Bildaustausch erlangt wird).

Die Übung findet nicht nur mit einer Bildkarte statt. Dem Schüler werden nacheinander mehrere Bildkarten einzeln zur Verfügung gestellt, die sich auf Präferenzen und Interessen des Schülers beziehen. Der Anreiz für die Handlung sollte für den Schüler sichtbar, aber nicht sofort erreichbar sein (vgl. ebd.).

### **DRITTE PHASE: Diskrimination von Bildern**

Das Lernziel in der dritten Phase ist das Erlernen einer genauen Betrachtung der Bildkarte und deren Zuordnung zur gewünschten Sache (vgl. SCHÜTTERLE 2005 116).

Wenn der Schüler über ein Repertoire von 5-10 Karten verfügt, kann mit dieser Phase begonnen werden. In dieser Lernphase geht es nicht mehr nur darum, dem Kommunikationspartner eine beliebige Karte zu übergeben, sondern dem Bedürfnis entsprechend eine Karte auszusuchen und diese zu übergeben. Der Schüler wird nicht mehr von einer Assistenzperson unterstützt. Die Eigenaktivität wird abermals erhöht. Die Lehr-Lernsituation, welche in einen realen Kontext eingebunden ist, sieht folgendes Vorgehen vor: Zwei Bildkarten werden entweder auf dem Kommunikationsbuch oder am Kommunikationsbrett angebracht. Eine der beiden Karten zeigt eine beliebte Sache und die Andere einen unbeliebten oder neutralen Gegenstand oder eine Situation. Die beiden Realgegenstände befinden sich in unmittelbarer Nähe auf dem Tisch (vgl. SCHÜTTERLE 2005 116 f). Greift die Person nach der Bildkarte, die den beliebten Gegenstand zeigt, wird dieser von der Kommunikationsperson real ausgehändigt. Nimmt der Schüler jedoch die Karte, welche die neutrale oder die unbeliebte Sache zeigt, gibt der Kommunikationspartner auch diesen Gegenstand aus. Nun gilt es die Reaktion des Kindes zu beachten. Positiv wirkt es sich für den Lernprozess bezüglich der Diskriminierung der Bildkarten aus, wenn der Gegenstand von dem Schüler abgelehnt wird. Fortgefahren werden kann an dieser Stelle mit einem verhaltenstherapeutischen Fehlerkorrekturverfahren, welches sich in vier Schritten vollzieht (vgl. ebd.):

1. ZEIGEN: Der Kommunikationspartner zeigt mit dem Finger auf die richtige Bildkarte und sagt: „Du

möchtest ....“ (beliebter Gegenstand wird genannt).

2. HELFEN: Der Kommunikationspartner hilft dem Schüler dabei, das richtige Bild zu übergeben, indem er seine Hand offen neben das Bild hält oder diese nebeneinander legt, in Verbindung mit der Benennung des gewünschten Gegenstandes und der Forderung, es dem Kommunikationspartner zu übergeben. Bei adäquater Ausführung wird der Schüler gelobt, ohne die gewünschte Sache zu erhalten.

3. ABLENKEN: Ein „neutraler Moment“ wird inszeniert, in dem der Schüler eine andere Aktivität ausführen soll und somit abgelenkt wird.

4. WIEDERHOLUNG: Die Ausgangssituation wird wiederholt. Damit erhält das Kind die Gelegenheit, selbständig das richtige Bild zu übergeben (vgl. LECHMANN et al. (2009) 379).

Für manche Schüler stellt diese kognitive Leistung eine Herausforderung dar. Damit diese lernen eine Diskriminierung vorzunehmen, kann es hilfreich sein, die Bildkarten zu vergrößern oder das Abstraktionsniveau zu verändern, z.B. indem statt mit Bildkarten ausschließlich mit dreidimensionalen Gegenständen gearbeitet wird (vgl. ebd.).

#### **VIERTE PHASE: Satzstruktur**

Das Lernziel in dieser Phase sieht es vor, dass der Schüler mehrere Bildkarten zu einem Satz auf einem Satzstreifen zusammenfügt und diesen dem Kommunikationspartner übergibt (vgl. SCHÜTTERLE 2005 118). Für das Einüben dieses Zieles bedarf es einer Modifikation bezüglich des verwendeten Materials. Das Kommunikationsbuch muss mit einem Satzstreifen versehen werden. Auf diesem kann dann eine Bildkarte mit dem Symbol „Ich möchte“ angebracht werden. Im Folgenden wird mit dem Schüler geübt, das Bild von dem gewünschten Gegenstand, rechts neben das „Ich möchte“ Bild aufzuhängen und schließlich den ganzen Satz an den Kommunikationspartner zu überbringen. Die Auswahl beträgt in dieser Phase ca. 12-20 Karten (vgl. ebd.). Auf den Erhalt des Satzes reagiert der Kommunikationspartner mit der Verbalisierung des Satzes. Er zeigt dabei entweder selbst auf die Bilder und liest den Satz vor oder der Schüler wird dazu aufgefordert ggf. mit Unterstützung, die Bilder zu zeigen, während der Kommunikationspartner die Worte sagt. Die Unterstützung soll zunehmend mehr zurückgenommen werden (vgl. LECHMANN et al. 2009 380).

Im folgenden Schritt wird gelernt, Adjektive in die Satzstruktur einzubringen. Damit können Bedürfnisse präziser ausgedrückt werden (vgl. ebd.). Die Kommunikation bezieht sich nicht mehr nur in Bezug auf den Kommunikationspartner, der das PECS-Konzept mit dem Schüler einübt, sondern auch auf andere Partner.

#### **FÜNFTE PHASE: Antworten auf die Frage „Was möchtest du?“**

Der Schüler soll in dieser Phase lernen, spontan aus einer Vielzahl von Sachen auszuwählen und so auf die Frage „Was möchtest du?“ antworten. Dabei soll der Schüler mit Hilfe der Bildkarten einen entsprechenden Satz bilden und dem Kommunikationspartner in die Hand geben (vgl. SCHÜTTERLE 2005 119).

Die Lehr-Lernsituation wird so gestaltet, dass dem Schüler ein oder mehrere Gegenstände präsentiert werden. Die entsprechenden Bildkarten befinden sich im Kommunikationsbuch. Während der Kommunikationspartner die Frage stellt: „Was möchtest du?“ zeigt er auf die Bildkarte „Ich möchte.“ Darauf soll der Schüler mit dem Heraussuchen der Bildkarte und dem Anbringen dieser Karte auf dem Satzstreifen reagieren. Der Abstand zwischen der Fragestellung und dem Zeigen sollte zunehmend vergrößert werden bis das Zeigen letztlich nicht mehr notwendig ist (vgl. ebd.).

**SECHSTE PHASE: Kommentieren**

In der sechsten Phase wird das Ziel verfolgt, dass der Schüler auf spontane Fragen angemessen antworten kann (vgl. SCHÜTTERLE 2002 5).

Ab dieser Phase geht es nicht mehr ausschließlich darum, Bedürfnisse und Wünsche zu kommunizieren. Personen, Ereignisse oder Aktivitäten usw. werden nun in den Kommunikationsprozess eingebunden. Diverse Objekte aus dem persönlichen Umfeld werden jetzt genutzt. Diese werden mit dem Ziel eingesetzt, dass der Schüler lernt, spontan zu kommunizieren, was er sieht (vgl. LECHMANN et al. 2009 381).

Bezogen auf die Lehr-Lernsituation bedeutet dieses, dass dem Schüler die persönlichen Objekte präsentiert werden. Daran schließt die Frage „Was siehst du?“ an (vgl. ebd.). Auch die Fragen „Was möchtest du?“, „Was hörst du?“, „Was ist das?“ usw. werden dem Schüler angeboten, worauf dieser spontan antworten soll. Es wird immer nur eine Karte in das Kommunikationsbuch geheftet. Wie in der fünften Phase wird nun weiter verfahren. Auch hier ist darauf zu achten, dass die Unterstützung reduziert wird. Ein Unterschied zu den vorherigen Phasen ist, dass der Schüler den Gegenstand nicht direkt bekommt. Die Reaktion des Kommunikationspartners bezieht sich lediglich auf einen Kommentar. Kommt der Schüler auf eine Frage mit einer falschen Antwort nach, kann das benannte Fehlkorrekturverfahren angewandt werden. Letztlich folgt das Einüben eines spontanen Kommentierens in natürlichen Situationen (vgl. SCHÜTTERLE 2005 120).

**4.1.3 Die Anwendung des PECS-Konzeptes in der Praxis**

Das von dem Verhaltenstherapeuten BONDY und der Sprachtherapeutin FROST entwickelte PECS-Konzept konnte sich nicht weltweit etablieren. In Deutschland ist dieses Konzept nicht sehr verbreitet (vgl. SCHÜTTERLE 2002 8). Auch WEISS bestätigt dieses und merkt an, dass sich in der einschlägigen Literatur nur vereinzelte Hinweise auf das PECS-Konzept finden lassen (vgl. WEISS 2002 109). Nicht selten arbeiten aber viele sonderpädagogische Institutionen mit selbst entwickelten Kommunikationsmethoden, welche in ähnlicher Vorgehensweise wie PECS funktionieren. Einige Elemente des PECS-Konzeptes werden, ohne es mit dem PECS-Konzept abgeglichen zu haben, im pädagogischen und therapeutischen Kontext angewandt (vgl. SCHÜTTERLE 2002 8).

Eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Konzept stellt auch bei PECS eine unerlässliche Voraussetzung dar. Eine gute Möglichkeit bietet hier ein Trainingsvideo oder das Training Manual des PECS-Konzeptes. Verglichen mit anderen Förderkonzepten ist der Aufbau schnell nachvollziehbar und umsetzbar.

Mit einem einfach zu organisierenden Material kann das PECS-Konzept seine Anwendung finden. Die Kommunikationsbücher können unterschiedlich gestaltet sein. Ein Ringbuchordner, Teppichfließen und Klettklebeband stellen mögliche Materialien für ein solches dar. PECS hat eigens entwickelte Bildkarten. Es ist aber nicht ausschließlich notwendig, diese zu verwenden. Bildkarten anderer Verfahren lassen sich hier ebenfalls einsetzen. Im Vordergrund steht die Anpassung des Materials auf das Individuum. Eine Modifikation des Materials muss unbedingt gegeben sein, da sonst die Gefahr der Über- oder Unterforderung besteht. Das Konzept lässt eine solche aber ohne weitere Schwierigkeiten zu, indem der Abstraktionsgrad der Bildkarten entsprechend angepasst wird oder ggf. durch Realgegenstände ersetzt werden kann. Diese hätten

jedoch den Nachteil, dass nicht jeder Gegenstand verwendet werden kann und es somit nicht zu einem so umfangreichen Repertoire kommen kann, wie es bei Bildkarten möglich ist.

Das Kommunikationsbuch oder das Kommunikationsbrett als Hilfsmittel müssen für eine spontane Kommunikation griffbereit sein. Dementsprechend empfiehlt es sich, in möglichst vielen Räumen Kommunikationstafeln anzubringen und den Schüler dazu aufzufordern, das Kommunikationsbuch mitzuführen.

Generell ist davon auszugehen, dass je mehr das PECS-Konzept im gesamten Alltag des Kindes eingesetzt wird, die Lernfortschritte umso größer sind. SCHÜTTERLE schlägt ein tägliches Training vor, jedoch mindestens dreimal pro Woche. Ratsam ist eine feste Verankerung im Stundenplan (vgl. ebd.). Das Konzept soll möglichst in vielfältigen Lebensvollzügen angewandt werden. Dieses bedeutet, dass neben den Pädagogen und Betreuern in den entsprechenden Einrichtungen auch die Eltern gefordert sind, sich mit dem Konzept auseinander zu setzen. Zu beachten gilt es, dass sich die Anwendung des Konzeptes nicht ausschließlich auf die Trainingseinheiten beziehen, sondern auch in den alltäglichen Kontext integriert wird. Auf Grund der geforderten Isolation während der ersten und teilweise auch der zweiten Phase, lässt sich dieses nur sehr schwer umsetzen. Im zunehmenden Verlauf kann dieses aber realisiert werden.

Die anfänglichen Trainingsphasen fordern zwei erwachsene Personen: eine Kommunikationsperson und einen Promter. Nicht in jedem Fall wird es immer realisierbar sein, zwei Pädagogen, Therapeuten oder Elternteile für die teilweise längerfristigen Trainingsphasen zu mobilisieren.

Bezüglich der Anwendung des PECS-Konzeptes sind die Pädagogen, aber auch die Eltern dazu aufgefordert, eine abwartende, geduldige und beobachtende Position einzunehmen. Schnell ist man dazu geneigt, die Wünsche des Kindes, des Jugendlichen oder des Erwachsenen zu erraten oder vorwegzunehmen (vgl. ebd.). Ein solches Vorgehen ist kontraproduktiv und unbedingt zu unterbinden. Es bedarf diesbezüglich einer feinen Selbstreflexion des Pädagogen, aber auch des Elternteiles. Während die erste Trainingsphase häufig schnell erreicht wird, gilt es eine voreilige Hilfestellung beim Übergang zwischen der zweiten und dritten Phase, welche sich laut SCHÜTTERLE über einen längeren Zeitraum (vgl. ebd.) vollziehen kann, zu unterlassen.

#### **4.1.4 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des PECS-Konzeptes**

FROST und BONDY führten zur ihrem entwickelten alternativen Kommunikationskonzept, eine empirische Untersuchung durch. Diese erste Untersuchung, 1994, über die Wirkungsweise von PECS, ließ auf viel versprechende Ergebnisse schließen. Demnach lernten 44 von 66 Kindern, die mindestens ein Jahr lang nach dem PECS-Konzept gefördert wurden, unabhängig zu sprechen. 14 Kinder konnten mit Hilfe der Bildkarten einzelne Wörter sprechen (vgl. LECHMANN et al. 2009 384). Der Effekt, der sich für die Schüler durch PECS einstellte, schien sich motivierend auf die Sprachentwicklung auszuwirken (SCHÜTTERLE 2002 9).

Mit Hilfe von PECS lernten auch 18 Kindergartenkinder in einer heterogenen Gruppe, einzelne Wörter zu sprechen. Dieses wurde ebenfalls über einen Zeitraum von einem Jahr eingesetzt. Dies ergab eine Untersuchung nach SCHWARTZ, welche 1998 durchgeführt wurde (vgl. ebd.).

2000 führte WEBB eine Untersuchung bei sechs Schülern mit ASS durch, deren Sprachvermögen aus wenigen Wörtern und aus Echolalien bestand (vgl. SCHÜTTERLE 2002 9). Im Zeitraum von sechs Monaten nutzten die sechs Kinder wesentlich mehr Bildkarten. Der durchschnittliche Wortgebrauch an gesprochener Sprache stieg von 10 Wörtern auf 68 Wörtern (vgl. LECHMANN et al. 2009 384). Alle sechs Schüler entwickelten über den Zeitraum von sechs Monaten eine spontane Sprache, sowohl mit als auch ohne den Gebrauch von Bildkarten (vgl. SCHÜTTERLE 2002 9).

In einer Einzelfallstudie konnten CHARLOP-CHRISTY et al. 2002 in ihren Untersuchungen positive Erfolge nachweisen. Sie berichteten von einer verbesserten Verbalsprache sowie einem optimierten Kontaktverhalten und einer Reduktion der problematischen Verhaltensweisen nach Anwendung von PECS. Dieses bestätigen auch KRAVITS et al. in einer Einzelfalluntersuchung bei einem 6-jährigen Mädchen.

GANZ und SIMPSON gingen 2004 der Frage nach, wie schnell die Trainingsphasen durchlaufen werden können. Hierzu wurden drei Einzelfalluntersuchungen bei Kindern im Alter zwischen 3 und 7 Jahren durchgeführt. Alle drei Kinder lernten die PECS-Anwendung innerhalb von durchschnittlich 23 Sitzungen. Die Kinder lernten Drei- bis Vierwortsätze zu sprechen, wobei sich die Sprachentwicklung nicht vor Phase drei bzw. vor Phase vier vollzog (vgl. LECHMANN et al. 2009 384).

Um die Effektivität von PECS im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zu erfassen, führten CARR und FELCE 2007 eine solche Untersuchung durch. Eine Gruppe mit 24 Vorschulkindern mit ASS, im Alter von drei bis sieben Jahren, erhielt über einen Zeitraum von 15 Stunden eine PECS-Unterweisung. Diese Gruppe, deren Kinder kaum oder gar nicht sprachen, wurde einer Kontrollgruppe gegenübergestellt (vgl. ebd.). Nach einem relativ kurzen Zeitraum von fünf Wochen zeigten von den 24 Kindern aus der Interventionsgruppe, fünf eine verbesserte Lautsprache bzw. Ansätze zur Sprachentwicklung. In der Kontrollgruppe war dieses nur bei einem Kind gegeben (vgl. FREITAG 2008 130).

Ein Gruppenvergleich mit Zufallszuweisung führten YODER und STONE durch. 36 Vorschulkinder mit einer ASS wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Beide erhielten über einen Zeitraum von sechs Monaten dreimal pro Woche 20 Minuten Training. Dieses bezog sich bei der einen Gruppe auf das PECS-Konzept, während in der zweiten Gruppe eine von den Autoren entwickelte Methode hinsichtlich der Interaktionsförderung angewendet wurde. Bei Kindern, die minimal über eine geteilte Aufmerksamkeit bei Beginn des Trainings verfügten, zeigte die alternative Methode eine gewisse Überlegenheit hinsichtlich der allgemeinen Kommunikationsmaße. Unter der Betrachtung der Effektivität der verbalen Äußerungen, erwies sich das PECS-Konzept als erfolgreicher (vgl. LECHMANN 2009 385).

HOWLIN et al. führten 2007 eine Untersuchung in 18 Grundschulklassen mit insgesamt 84 Kindern mit ASS über sieben Monate durch. Die Eltern und Lehrer, deren Kinder in der Interventionsgruppe eingeteilt waren, erhielten eine Fortbildung bezüglich der Anwendung von PECS. Des Weiteren erhielten sie Supervision. Während der supervidierten Phase war bei den Kindern eine erhöhte

Selbstaktivität hinsichtlich des Einsatzes der Bildkarten zu erkennen (vgl. FREITAG 2008 130). Auch wenn die Kinder lernten, PECS im Unterricht zu nutzen und sich die allgemeine Initiierung von Kommunikation erhöhte, konnte jedoch nicht festgestellt werden, dass die Schüler die Lautsprache lernten (vgl. LECHMANN et al. 2009 385). Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu vorherigen Untersuchungen. LECHMANN et al. merkten zu dieser Studie an, dass die Möglichkeiten, die sich durch PECS ergaben, von den Autoren der Studie unterschätzt wurden. Als Grund liefern sie die Durchführung der Untersuchung mit älteren Kindern, deren Veränderungspotenzial als begrenzter eingeschätzt wird, als es bei jüngeren Kindern der Fall wäre. Auch der Zeitraum der Anwendung von sieben Monaten, scheint für LECHMANN et al. zu kurz zu sein, da sich PECS erfahrungsgemäß erst nach einem längeren Zeitraum auf die Sprachentwicklung auswirkt. Ihrer Ansicht nach haben aber auch frühere Studien, vor allem die Einzelfallstudien, die Effektivität von PECS überschätzt (vgl. ebd.).

Ergebnisse aus dem Autismus-Therapie-Zentrum in Köln sprechen ebenfalls für einen erfolgreichen Einsatz des PECS-Konzeptes. Im Zeitraum von 2000 bis 2007 wurden 59 Personen mit ASS im Alter von drei bis 22 Jahren, im Autismus-Therapie-Zentrum nach dem PECS-Konzept gefördert. 52 von den insgesamt 59 Personen verfügten über keine funktionale Sprache. Dementsprechend konnten sich sieben verbal äußern. 46 Personen haben bis zur Erfassung der Daten, das Training abgeschlossen. Sieben der 46 Teilnehmer kamen nicht weiter als zur ersten Phase. Sechs schlossen das Training nach der zweiten Phase ab, 18 erreichten bis zu ihrem Abschluss die dritte Phase und 12 Kinder erzielten die vierte Phase. Die fünfte Phase erreichte ein Kind und zwei Kinder die sechste Phase. 33 Personen konnten die dritte Phase, welche auf Grund ihrer geforderten hohen Eigeninitiative eine Hürde darstellt, erreichen. Unter Berücksichtigung, dass sich sieben Personen im Vorfeld der PECS-Förderung, wenn auch in geringem Maße verbal mitteilen konnten, ergibt sich eine Erfolgsquote von 71%. Von den zuvor nonverbalen Personen konnte nach der PECS-Anwendung ein Drittel die Lautsprache (einzelne Wörter) unabhängig von den Bildkarten anwenden (vgl. LECHMANN et al. 2009 382).

#### **4.1.5 Zusammenfassung unter kritischer Reflexion**

Neben den lautsprachbegleitenden Gebärden stellt das PECS-Konzept ein effektives Verfahren zur alternativen Kommunikation dar. Nicht nur bezüglich der kommunikativen Kompetenzen, die sich durch diese Interventionen besser entwickeln und entfalten können, ergeben sich Entwicklungschancen, sondern auch auf die Persönlichkeits- und Selbständigkeitsentwicklung der Person mit ASS bezogen (vgl. WEISS 2002 112). Wie jedes andere Konzept birgt aber auch die Anwendung dieser Methode nicht nur Vorteile in sich, sondern auch Nachteile. Im Folgenden sollen die Vor- und Nachteile betrachtet werden.

Eine *individuell ausgerichtete Förderung* ist möglich. Das Förderarrangement findet in einem sehr engen Kontext, nämlich in der Eins-zu-Eins-Situation statt. Dies gilt zumindest für den Anfang der Kommunikationsförderung. Über ein diagnostisches Vorgehen sollen die Interessen, Wünsche und Bedürfnisse herausgefunden werden, um diese als Verstärker und für ein motiviertes Vorgehen

während der Förderung nutzen zu können. Eine Individualisierung der Förderung ergibt sich also bereits aus der Förderkonstellation. Eine explizite Betonung einer individuell ausgerichteten Förderung wird jedoch nicht gemacht.

Die *persönliche Entfaltungsfreiheit* kann bei PECS eingegrenzt werden. Die Grundlage dieser Förderung, die Verhaltenstherapie, ist bei diesem Verfahren deutlich erkennbar. Das Konzept sieht einen klar vorgegebenen Ablauf vor. Selbst bei Fehlern wird eine Vorgabe gemacht, wie diesen begegnet werden sollen. Den Therapeuten / Pädagogen und den Förderteilnehmern wird also vorgegeben, wie sie handeln sollen. Dies gilt zumindest für die erste, als auch teilweise für den weiteren Verlauf der PECS-Förderung. Ein selbstbestimmtes bzw. autonomes Handeln ist also von beiden Seiten zunächst nicht eindeutig gegeben. Die Förderung zielt aber darauf ab, dass die Teilnehmer durch die Anwendung der Bildkarten zu einer Kommunikation mit der nahen Umwelt gelangen und somit mehr Autonomie und Selbstbestimmung und eine größeren Teilhabe an der Gesellschaft erlangen.

Die *Flexibilität* wird beim PECS-Konzept eingeschränkt. PECS wird dafür gelobt, dass es sich in diverse Situationen übertragen lässt. Eine Kommunikation mittels Bildkarten kann aber nicht in jeder Situation geschehen. Im Gegensatz zur Gebärdensprache muss das Hilfsmittel (Bildkarten in einem Kommunikationsbuch) bei PECS immer mitgeführt werden. Eine Kommunikation kommt bei diesem Konzept vorerst, nur über die Bildkarten zu Stande. Wie bereits erwähnt sind der Kommunikation nach diesem Konzept örtliche Grenzen gesetzt. Nicht an jedem Ort kann die Bildkartensammlung mitgenommen werden. Eine flexible Anwendung und Kommunikation ist bei diesem Konzept nicht gänzlich realisierbar. Denkt man an den Sport- und Schwimmunterricht, an Essenssituationen oder an andere Gegebenheiten, in denen die Hände anderweitig zum Einsatz kommen, wird diese Problematik transparent.

PECS kann positive *Effekte* nachweisen. Viele Kinder lernen unabhängig zu sprechen und können ihren Wortschatz erhöhen. Auch das Kontaktverhalten kann verbessert werden. Jedoch gelingt es nicht allen Teilnehmern, alle sechs Förderphasen zu durchlaufen.

PECS lässt sich mit *anderen Förder- und Therapiekonzepten* anwenden. Über die Integration weiterer Förder- und Therapiekonzepte werden keine bedeutenden Aussagen gemacht. Eine kombinierte Anwendung lässt sich aber mit dem TEACCH-Konzept und den Sozialtrainingsverfahren ermöglichen.

Auf eine *Generalisierung und Übertragung des Gelernten auf den Alltag* muss bei PECS geachtet werden. Die Förderung des Konzeptes findet im Laufe des Förderverfahrens zunehmend mehr in alltäglichen Situationen statt. Ein Lernen kann also im Kontext des Alltags stattfinden. Eine Unterstützung bzw. Begleitung ist hier möglich. Dies gilt aber nur bezüglich der Fördersituation. Es stellt sich die Frage, ob die gelernte Weise der Kommunikation über Bildkarten auch auf Situationen, außerhalb der Förderung bezogen werden können? Dies hängt nicht zu letzt davon ab, ob sich der Teilnehmer dieses kommunikative System zu Eigen gemacht hat (abhängig von Kognition, Motorik, Motivation, Sinnerkennung...). Wenn die kommunikationsbeeinträchtigte Person in der Lage ist, das Bildkartensystem adäquat anzuwenden und wenn das nahe Umfeld



sich dieser Art von Kommunikation anpasst, kann eine Generalisierung und eine Übertragung des Gelernten gelingen. Womit eine fast vollständige alternative Kommunikationsform geschaffen und somit das Ziel der Förderung erreicht wäre.

PECS ist teilweise mit einem hohen *Aufwand* verbunden und findet zunächst in einem isolierten Therapiesetting statt. PECS basiert (zu sehr) auf der Verhaltenstherapie. Das Vorgehen nach der Methode der Verhaltenstherapie scheint Erfolg versprechend zu sein. Dennoch wirkt die Vorgehensweise steril und unnatürlich. Das PECS-Training beginnt isoliert von den natürlichen Geschehnissen in einem separaten Raum. Der Ablauf dazu ist genau vorgegeben und das Gespräch mit dem Kind ist auf ein Minimum reduziert. Bei erfolgreicher Ausführung erhält das Kind dann den gewünschten Gegenstand und ein Lob. Ein solch mechanisches Vorgehen lässt schnell die Assoziation zur Tierdressur aufkommen. Relativieren lässt sich dieses teilweise. PECS zielt auf die Vermittlung ab, dass es sich allein wegen der sozialen Komponente lohnt, einen Kontakt zu anderen Menschen herzustellen. Materielle Verstärker in Verbindung mit Lob sollen langfristig zu einem sozialen Verstärker werden. PECS bedarf einem personellen und zeitlichen Aufwand, der im pädagogischen Alltag nicht immer leistbar ist. Während der Trainingszeit, in der sich die Schüler in der ersten oder auch teilweise in der zweiten Phase befinden, bedarf PECS zwei erwachsene Personen. Das bedeutet, dass diese zwei Pädagogen, Therapeuten, Betreuer oder Elternteile sich ausschließlich für eine bestimmte Zeitdauer der Anwendung des PECS-Trainings zur Verfügung stellen. Diese Kapazität muss in der Schule, in Kindergärten, in anderen pädagogischen Handlungsfeldern oder zu Hause erst einmal möglich sein. Oftmals treten diesem aufwendigen Vorgehen die Betreuung, Erziehung und Förderung anderer Kinder gegenüber. Stehen der Familie, der Schule oder anderen pädagogischen Institutionen ausreichend Ressourcen zur Verfügung, kann diesem Aufwand begegnet werden. Wenn dieses nicht gegeben ist, ist es kaum leistbar, das Konzept im geforderten Rahmen umzusetzen.

Es muss darauf geachtet werden, dass das PECS-Konzept nicht falsch *interpretiert* wird. Das Konzept gibt durch die sechs Förderphasen einen sehr klaren Ablauf des Programms vor. Selbst das Korrekturverfahren wird vorgegeben. Die Vorgehensweise kann theoretisch relativ einfach angeeignet werden. Bezüglich der Praxis kann das Einhalten der genauen Vorgehensweise aber auch eine Herausforderung darstellen. Die mechanischen Maßnahmen, zu Beginn der Förderung, stehen einem natürlichen, flexiblen Handeln gegenüber. Schnell ist man dazu verleitet, von den Bestimmungen abzuweichen. Eine Fehlinterpretation ist zwar nicht auszuschließen, lässt sich aber relativ gering halten, da die Vorgehensweise relativ eindeutig ist.

PECS bezieht sich vorrangig auf den *Förderbereich* der Kommunikation. Indirekt hat eine Anwendung der Kommunikation auch Auswirkungen auf das soziale Verhalten bzw. auf die soziale Interaktion hinsichtlich der Personen im nahen Umfeld. Auf weitere Förderbereiche wird bei diesem Verfahren nicht eingegangen.

Das Konzept spricht aber nicht jede Person mit ASS an. Zielgruppe des PECS-Konzeptes sind Menschen mit ASS, die sich verbal nur minimal oder gar nicht äußern. Für Menschen mit Asperger-Syndrom, deren verbale Kommunikation seltener beeinträchtigt ist, findet das Konzept

keine adäquate Anwendung. Es zielt vorrangig auf Menschen mit Frühkindlichem Autismus ab. Ein Vorteil liegt bei dem Konzept darin, dass es auch für autistische Menschen mit einer Sehbeeinträchtigung nutzbar gemacht werden kann, wenn die Symbole über taktile Form wahrgenommen werden können. Des Weiteren bleibt die Anwendung des Konzeptes nicht ausschließlich auf Menschen mit ASS beschränkt, sondern kann auch für andere Personen, die in ihrer Kommunikation beeinträchtigt sind, nutzbar gemacht werden. Eine Voraussetzung für das Erlernen der Kommunikation über Bildkarten ist jedoch ein Symbolverständnis. Neben dem kognitiven Aspekt, gilt es auch motorische und persönliche Voraussetzungen zu betrachten. Die PECS-Teilnehmer müssen motorisch in der Lage sein, auf die Bildkarten zu zeigen, diese zu greifen und loszulassen. Für eine motivierte Vorgehensweise bedarf es einigen Interessen und Präferenzen, die der Schüler mitbringen muss. Mit modifizierten Maßnahmen können schwächeren Personen an eine Kommunikation herangeführt werden. Dies kann aber nicht in dem Umfang geschehen, wie es PECS im herkömmlichen Sinne versteht. Leider gibt das PECS-Konzept keine Auskunft darüber, wie Modifikationsmöglichkeiten (z.B. über reale Gegenstände) vorgenommen werden könnten, um sie für eine erfolgreiche Förderung zu nutzen. LECHMANN et al. benennen weitere Probleme, die sich bei der PECS-Anwendung im Autismus-Therapie-Zentrum ergaben: Neben den motorischen Unsicherheiten und dem mangelnden Interesse zeigten sich eine übermäßige Ablenkbarkeit, Probleme in der Handlungsplanung und Schwierigkeiten bei der Unterscheidung der Bilder. Aggressives Verhalten, stereotypes Übergeben der Bildkarten und eine gering ausgeprägte Spontaneität stellten weitere Herausforderungen dar (vgl. LECHMANN et al. 2009 382 f.). Auch eine visuelle Wahrnehmungs- und Sehfähigkeit muss ausreichend vorhanden sein.

PECS bezieht die *Eltern* in einem angemessenen Maß in die Förderung mit ein. Für die Übertragung des Gelernten auf den Alltag und für einen vielseitigen Einsatz der Kommunikation ist es von wesentlicher Bedeutung, dass die Eltern und weitere Personen aus dem nahen Umfeld die alternative Kommunikationsform mittragen. Demnach sind auch die Eltern gefordert, sich mit dem Konzept auseinander zu setzen. Die Eltern werden bei diesem Konzept aber nicht zu Therapeuten gemacht. Sie fördern die Kommunikation in einem natürlichen Kontext.

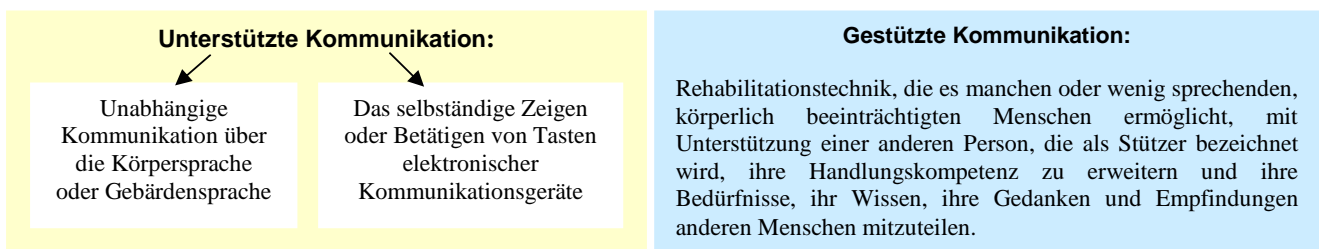
Der Kommunikationsprozess über Bildkarten ist unnatürlich. Selbst die Gebärdensprache scheint natürlicher zu sein als die Kommunikation über Bildkarten. Der Einsatz von Bildkarten kann niemals die Lautsprache ersetzen. Wie viele andere Hilfsmittel, die man zur Kompensation körperlicher Beeinträchtigungen kennt, stellen die Bildkarten lediglich eine Alternative dar. Für Personen, die mit dem PECS-Konzept nicht vertraut sind, wirkt die Kommunikation möglicherweise befremdlich. Auf Grund der mangelnden Kenntnisse über das Konzept in der Öffentlichkeit, im Vergleich zur Gebärdensprache, lassen sich der Sinn und die Vorgehensweise für Außenstehende möglicherweise nicht sofort erschließen. Dies verstärkt den Aspekt der Unnatürlichkeit noch mehr. Abschließend lässt sich sagen, dass das Verfahren zur Förderung einer alternativen Kommunikation für kommunikationsbeeinträchtigte Kinder und Jugendliche als chancenreich

bewerten lässt. Es ermöglicht den Teilnehmern des Konzeptes, aus ihrer nonverbalen Welt herauszutreten und ein weiteres Stück Normalität und Selbständigkeit zu erlangen. Es berücksichtigt die häufig gut ausgeprägten visuellen Kompetenzen und nutzt dieses für die Kommunikationsförderung. Ein großer Vorteil des Konzeptes besteht darin, dass das Konzept es sich zum Ziel macht, die Lautsprache zu fördern und der Schüler dazu aufgefordert wird, von sich aus zu kommunizieren. PECS ist deshalb nicht nur eine alternative Kommunikationsform. Die Eigenaktivität des Teilnehmers für seinen Fortschritt wird bei diesem Konzept berücksichtigt. Neben der Anwendung des Konzeptes in der Schule, kann dieses gerade im Kindergarten oder zu Hause angewandt werden. Als Nachteile lassen sich das zunächst isolierte Fördersetting unter verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen und der hohe personelle also auch materielle Aufwand nennen.

## 4.2 FC („Facilitated Communication“)

### 4.2.1 Einführung in das FC-Konzept

Nach CROSSLEY, welche dieses Konzept entwickelte, ist Facilitated Communication (FC) eine Lehrstrategie, bei der ein Kommunikationspartner (Facilitator) dem Benutzer einer Kommunikationshilfe dabei hilft, neuromotorische Probleme zu überwinden und funktionale Bewegungsmuster zu entwickeln (vgl. WEISS 2002 118). Schirmer definiert das Konzept noch etwas genauer. Die Methode des FCs bietet manchen Personen mit fehlender oder beeinträchtigter Sprache die Möglichkeit, sich durch das Zeigen auf Bilder, Symbole oder Buchstaben mitzuteilen (vgl. SCHIRMER 2003 21). Es handelt sich bei diesem Konzept also um einen pädagogischen Ansatz, eine heilpädagogische Trainingsmethode (AMOROSA 2010 292), ein Kommunikationstraining (vgl. BIERMANN 2005 1) aber nicht um eine Therapieform. Wie das PECS-Konzept ist der FC-Ansatz nicht nur ein Förderkonzept, sondern auch eine Kommunikationsmethode. Die unterstützte Kommunikation wird von der gestützten Kommunikation abgegrenzt. Beides stellen Kommunikationshilfen dar, welche Methoden beinhalten, die die Lautsprache ergänzen oder ersetzen (vgl. LACHENMAIER 2003 11):



Rosemary CROSSLEY, eine australische Sonderschullehrerin für Schüler mit motorischen und kommunikativen Beeinträchtigungen, entwickelte dieses Verfahren in den 1970er Jahren. Anhand der Anwendung der gestützten Kommunikation bei einer Frau mit Cerebralparese erfuhr CROSSLEY, welche enormen Fortschritte diese in der Kommunikation erzielen konnte. CROSSLEY wendete FC weiter in ihrer Arbeit mit körperbehinderten Menschen aber auch zunehmend bei Kindern mit ASS an (WEISS 2002 113).

Dem Konzept der Facilitated Communication liegt eine starke motorische und körperliche Ausrichtung zu Grunde. Motorische Auffälligkeiten bei Menschen mit ASS werden hier in den Vordergrund gestellt und als Ausgangspunkt für das Konzept betrachtet. Im Zentrum der Ursache für ASS stehen bei diesem Ansatz Bewegungsstörungen, bedingt durch neurologische Störungen. Diese Störungen würden sich laut CROSSLEY und BIKLEN auf die willkürlichen Muskelbewegungen, welche für die Ausführung des Sprechvorgangs verantwortlich sind, durch eine gestörte Kommunikation auswirken. Dem FC-Ansatz kommt die Aufgabe zu, eine Vereinfachung und Verlangsamung gegenüber dem herkömmlichen Sprechvorgang einzunehmen, so dass neuromotorische Widerstände überwunden werden können (vgl. WEISS 2002 114 f.).

FC ist für eine Personengruppe mit schweren Kommunikationsstörungen gedacht, die keine flüssige alternative Kommunikationsstrategie entwickeln und nicht gelernt haben, sich handschriftlich oder durch Gesten zu verständigen (vgl. WEISS 2002 118). Insbesondere betrifft dies Personen mit cerebralen Handlungs- und Bewegungsstörungen. Nach LACHENMAIER ist dieses dann gegeben, wenn die Mimik und Gestik eingeschränkt sind, das Nachahmen von Handlungen Schwierigkeiten bereitet, der Erwerb von Handzeichen erschwert ist und dem Ja / Nein keine zuverlässigen Signale zu Verfügung stehen sowie nicht gezielt und zuverlässig auf Gewünschtes gedeutet werden kann. Demnach lässt sich das FC-Konzept bei Menschen mit cerebraler Bewegungsstörung, Autismus, diversen Syndromerkrankungen (Angelman-Syndrom, Rettsyndrom, Down-Syndrom usw.), zentralen Funktionsstörungen der Wahrnehmungsverarbeitung unklarer Genese und bei neurologischen Erkrankungen wie Parkinson oder nach einem Apoplex anwenden (vgl. LACHENMAIER 2003 14). Mit Hilfe der gestützten Kommunikation soll erreicht werden, dass durch die Stütze die Fähigkeit erzielt wird, willkürliche Handlungen, die der eigenen Intention entsprechen, auszuführen, welches letztlich zu mehr Selbständigkeit und Mitbestimmung führen soll.

Mit dem Förderkonzept ist die Annahme verbunden, dass nonverbale Menschen mit ASS bessere kognitive und rezeptive Fähigkeiten besitzen, als sie selbst ausdrücken können (vgl. FREITAG 2008 132). Das FC-Konzept möchte an den Stärken der Personen ansetzen. Diese Fähigkeiten sollen zunächst erkannt und dann weiter ausgebaut werden. Durch die gestützte Kommunikation soll es möglich gemacht werden, diese zu erschließen. Eine Anwendung des Konzeptes ist für jedes Alter denkbar.

## **4.2.2 Durchführung der Förderung nach dem FC-Konzept**

### **4.2.2.1 Rahmenbedingungen des FC-Konzeptes**

Der FC-Schreiber wird nach einer Aufklärung über die Methode der gestützten Kommunikation eingeführt. Erste Übungen sollen Erkenntnisse über die Arbeitsweise liefern. Die gestützte Person soll dabei zunächst auf Objekte zeigen, die ihr genannt werden. Daran schließen sich Verständnisaufgaben an, auf die mit „Ja“ oder „Nein“ (auf Karten abgebildet) geantwortet werden muss. Des Weiteren werden in diesem Rahmen eine mögliche vorhandene Schreibkenntnis und die Sprachkompetenz überprüft. (vgl. NAGY 2007 271).

**Dauer / Ort:** NAGY schlägt zu Beginn der Durchführung einen Anwendungszeitraum von fünf bis zehn Minuten täglich vor. Je nach Motivation des Gestützten, soll dieser zunehmend erweitert werden, bis diese zu einem normalen Bestandteil seines Lebens wird (vgl. ebd.).

**Material:** Ein mobiler Einsatz der Kommunikationsmaterialien ist bei diesem Ansatz von großer Bedeutung. Da der FC-Schreiber sich nur mit Hilfe der Materialien verständigen kann und damit ihm dieses in jeder Situation möglich ist, benötigt er zu jeder Zeit seine Kommunikationsmittel. Neben dem mobilen Einsatz stellen das kognitive Niveau und die Vorlieben der gestützten Person bedeutende Kriterien bei der Auswahl der Kommunikationsmittel dar. Für das FC-Verfahren kommen folgende Materialien in Frage: Fotos, Ja/Nein-Karte, Buchstabentabellen, Kommunikationstafeln und Kommunikationsbücher sowie Computer (vgl. WEISS 2002 118).

**Anforderungen an den Stützer:** Der Stützer soll seinem Gegenüber eine emotionale Stütze vermitteln. Diese wird durch diverse Elemente erreicht. Nach WEISS ist dieses:

- den FC- Schreiber altersgemäß und mit Respekt ansprechen
  - Geduld haben
  - Der Stützer muss sich selbst in den Kommunikationsprozess einbringen und angreifbar machen
  - Auf Manipulation achten
  - Für das niedrige Anfangsniveau, das weit unter den intellektuellen Möglichkeiten des Benutzers liegen kann, sollte man sich entschuldigen und den Sinn erklären.
  - Den Mensch mit ASS als fähiges Wesen ansehen
- (EICHEL zit. nach Weiss 2002 119).

NAGY führt weitere Elemente auf: Der gestützten Person gegenüber soll der Stützer mit Offenheit begegnen

- Der Stützer benötigt eine positive Einstellung zu FC, um der gestützten Person Mut und Selbstvertrauen entgegenzubringen.
  - Die Eltern müssen über die Anwendung und den Verlauf informiert werden
- (NAGY 2007 271).

#### 4.2.2.2 Die Stütztechnik

**Die physische Stütze:** Die physische Stütze soll nach dem FC-Konzept zur Kompensation der vorliegenden Dysfunktion dienen. Gezielte Bewegungen werden mit Hilfe des Facilitators beim FC-Schreiber vorgenommen, wobei beim Gestützten eine bessere taktile und kinästhetische Wahrnehmung über die Berührungen ermöglicht wird. Beim Anstoßen und Auslösen des Buchstabens erhält der Gestützte durch den Faciliator Unterstützung (vgl. NAGY 2007 272).

**Die psychische Stütze:** Diese zeichnet sich dadurch aus, dass der Stützer dem FC-Schreiber Mut macht, Fehler vermeidet und bei emotional aufregenden Themen Unterstützung bietet. (vgl. ebd.).

**Ziel:** Die unabhängige Nutzung des Kommunikationsmittels stellt auch bei diesem Konzept ein zentrales langfristiges Lernziel dar. Dieses bedeutet für den zielorientierten Verlauf, dass zunächst

die wenigen Schreibimpulse ausgebaut, Zeigebewegungen präzisiert und die Hilfestellung allmählich zurückgenommen werden.

**Vorgang:** Nach einer Erfassung der Handigkeit folgt das Schreiben, indem der FC-Schreiber seinen Zeigefinger ausstreckt und seine restlichen Finger zur Faust ballt. In einem Abstand von ca. 20 cm hält der Facilitator die Hand des Gestützten über eine Buchstabentafel, Tastatur oder über ein anderes Kommunikationsmittel. Nachdem der FC-Schreiber den Impuls zum Zeigen gibt, übt der Stützer einen leichten Gegendruck aus. Durch einen eigenen Gegendruck kann der Gestützte, Spürinformationen bekommen und erfährt in welche Richtung der Impuls geht. Nach Abgabe des Impulses von dem FC-Schreiber an den Facilitator verringern beide im taktilen Wechselspiel allmählich den Gegendruck, bis der Buchstabe erreicht wurde. Nach dem Antippen des Buchstabens wird die Hand in die Ausgangsstellung zurückgebracht um nach einer kurzen Nachdenkzeit im gleichen Verfahren auf den nächsten Buchstaben zu zeigen. Um Verspannungen entgegenzuwirken, sollte der Facilitator nicht die Hand zur Unterstützung verwenden, die der Gestützte zur Ausführung verwendet (vgl. NAGY 2007 272). Eine allgemeingültige Stütze gibt es aber nicht (vgl. WEISS 2007 118). Nach CROSSLEY gibt es zehn verschiedene Stufen der körperlichen Stütze (vgl. ebd.):

1. Stütze der Hand
2. Stütze über einen Stab
3. Stützung am Handgelenk
4. Stützung am Unterarm oder Halten des Ärmels
5. Stützung am Ellenbogen
6. Stützung am Oberarm
7. Berührung an der Schulter mit Druck
8. Berührung an der Schulter ohne Druck
9. Berührung an einer anderen Körperstelle, z.B. Bein, Rücken
10. Keinerlei Körperberührung

Es hängt von den Bedürfnissen des Gestützten ab, welche Stufe der Unterstützung Anwendung findet. Das Ziel der Förderung ist die unabhängige Kommunikation. Für die zielgerichtete Förderung bedeutet dies, die 10. Stufe zu erreichen (CROSSLEY zit. nach WEISS 2002 118).

**Störungen:** Da das FC-Konzept auf einer stark körperlichen Ausrichtung beruht, werden Störungen auch über körperliche bzw. motorische Zusammenhänge erklärt. Bevor das FC-Konzept angewendet wird, wird geklärt welche motorischen Störungen vorhanden sind. Der Facilitator bietet dementsprechend diverse Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung. NAGY zeigt mögliche motorische Störungen auf und nennt entsprechende Interventionen, welche der Facilitator vornehmen kann (vgl. NAGY 2007 273 f.):

Verminderte Auge-Hand-Koordination:	Der Facilitator hemmt solange die Bewegung des Gestützten bis dieser zumindest kurze Zeit dem Objekt zugewendet hat.
Niedriger Muskeltonus:	Starker Gegendruck bei der Stütze und der Zurücknahme der Hand.

Hoher Muskeltonus:	Lockern der Arme durch Ausschütteln. Durch erhöhten Gegendruck Bewegungen verlangsamen.
Probleme beim Isolieren und Strecken des Zeigefingers:	Facilitator hält die restlichen Finger zurück oder lässt den Mittel-, Ring- und kleinen Finger einen Stab umschließen.
Perseveration bei gleichen Bewegungsmustern:	Aufforderung des Gestützten andere Punkte der Tafel oder am eigenen Körper zu berühren. Verlangsamung der Bewegung durch mehr Gegendruck.
Störimpulse aus der freien, nicht benutzten Hand:	Facilitator hält betroffene Hand fest oder Aufforderung an den Gestützten, die Hand unter den Tisch zu legen oder in die Hosentasche zu stecken.
Intensionstremor:	Zusätzliche Unterstützung des Unterarms oder Gewichtsmanschetten.
Radiale / Ulnare Muskelinstabilität:	Verlagerung des Schreibgerätes in einen günstigeren Winkel oder die Haltemöglichkeit der Finger an einem Stab zur Isolierung des Zeigefingers.
Fehlende selbständige Intention:	Kurze Berührung.
Zu viele Intentionen:	Starker Gegendruck, um Bewegungen zu bremsen.
Proximal instability:	Stabilisierung an Schulter und Oberarme, um unkontrollierte Bewegungen zu reduzieren.
Reduzierte kinästhetische Wahrnehmung:	Gewichte und Bandagen, die auf die Gelenke gelegt werden, um einen besseren kinästhetischen Eindruck vom Körper zu bekommen.
FC-Schreiber lässt sich ungern anfassen:	Bandagen und Stäbe, um direkten Hautkontakt zu vermeiden.

#### 4.2.3 Die Anwendung des FC-Konzeptes in der Praxis

Seit den 1990er Jahren wird das FC-Konzept vermehrt in Deutschland angewendet, wohingegen die Anwendung der gestützten Kommunikation in Nordamerika und Australien seit Mitte der 1990 Jahre rückläufig ist. Dies ist vermutlich durch die vermehrten Falschbeschuldigungen des sexuellen Missbrauchs von FC-Schreibern und durch die vielen Studien mit negativem Ausgang sowie mit der Ablehnung des FC-Konzeptes einer Mehrheit wissenschaftlichen Berufsvereinigungen der Kinderärzte, Sonderpädagogen, Sprachärzte, Kinder- und Jugendpsychiater und Psychologen verbunden. Dies blieb auch in Deutschland nicht ohne Konsequenzen. Hierzulande nimmt die Kritik an der Facilitated Communication in den Fachwissenschaften und Verbänden zu (vgl. PROBST 2003 6).

Wie sieht aber die direkte Anwendung des Konzeptes in der Praxis aus? Bezogen auf die Person mit ASS, welche als FC-Schreiber fungieren soll, bedarf es der Überlegung, wie man dieses Konzept an die entsprechende Person transferiert bzw. verständlich macht, worum es sich bei diesem Ansatz handelt. Bei Menschen mit ASS, welche in ihrer Intelligenz beeinträchtigt sind, stellt dieses Möglicherweise kein einfaches Unterfangen dar. Sinn und Zweck, nämlich die Kommunikation über Körperbewegungen in Kombination mit (Schreib-)Hilfsmitteln, lassen sich möglicherweise nicht eindeutig erschließen. Für den Betroffenen erscheint dies möglicherweise zunächst befremdlich, zumal die Vorgehensweise einen engen Körperkontakt fordert. Einen

solchen Körperkontakt und eine vermehrte Aufmerksamkeit hinsichtlich seiner / ihrer Person, gilt es von den potentiellen FC-Schreibern erst einmal zu akzeptieren, was gerade für Menschen mit ASS eine Herausforderung darstellen kann.

Besonders sensibel muss in den Blick genommen werden, was die FC-Schreiber fühlen, denken und wie sie handeln, wenn sie feststellen, dass die Kommunikation nicht ihre Intentionen und Bedürfnisse repräsentiert, sondern möglicherweise Aussagen nach Außen transportiert werden, die von ihnen so nicht beabsichtigt waren. Wie bekannt, sind alternative Kommunikationswege bei Menschen mit ASS sehr beschränkt vorhanden. Wie also sollen sie sich dazu äußern, dass der Kommunikationsfluss nicht ihren Absichten entspricht? In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach dem Ernstnehmen des FC-Schreibers und nach dem Recht der Selbstbestimmung. Nach der Ansicht des Verfassers ist dieses nicht gegeben, wenn der Facilitator durch bewusste oder unbewusste Manipulation den FC-Schreiber in seinen Kommunikationsintentionen möglicherweise übergeht.

Wie im folgenden Unterkapitel zu entnehmen ist, spielt die Manipulation bei diesem Konzept eine beachtenswerte Rolle, welche bei der Anwendung des Konzeptes nicht unberücksichtigt bleiben darf. Aus diesem Grund ist der Facilitator dringend dazu aufgefordert, sich der Gefahr der Manipulation bewusst zu sein und diese in seiner Anwendung zu reflektieren. Eine dauerhafte Reflexion über das eigene Handeln ist nicht nur aus den eben benannten Gründen oberstes Gebot, sondern auch, um den Bedarf der Unterstützung festlegen zu können, welcher sich nicht selten innerhalb kürzester Zeit verändern und auch tagesformabhängig sein kann. Wird dieses nicht berücksichtigt, besteht die Gefahr in einem zu geringen Fortschritt der Selbständigkeit.

An dieser Stelle sei noch kurz erwähnt, was im Kapitel über die kritische Reflexion des FC-Ansatzes ausführlicher thematisiert wird. Kommunikation findet in jeden alltäglichen Konstellationen seinen Raum. Das FC-Konzept kann dem nicht gerecht werden bzw. kann keine gleichwertige Kommunikationsform sein, weil sie immer von einer weiteren Person abhängig ist, die als Stützer fungiert. Eine Kommunikation nach dem FC-Ansatz kann demnach dann nur mit dem Facilitator oder nur mit Hilfe von diesem geschehen. Zudem muss für eine Kommunikation immer das entsprechende (Schreib-)Hilfsmittel mitgeführt werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass das FC-Konzept hinsichtlich der Anwendung mit vielerlei Fragen konfrontiert ist, die in diesem Rahmen der Arbeit nicht vollständig dargestellt und geklärt werden können. Generell gilt aber, diese nicht geklärten Fragen bei einer Anwendung auszuräumen.

#### **4.2.4 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des FC-Konzeptes**

Das FC-Konzept wird von nicht wenigen Fachleuten kritisch betrachtet. Im Kontext dieses Ansatzes lassen sich in der Literatur diverse Aussagen über wissenschaftlich nicht ausreichende Annahmen finden.

Laut HOWLIN sei es in ca. 99% der getesteten Fälle gegeben, dass sich nicht der Mensch mit ASS über FC ausdrückt, sondern diese Angaben auf Manipulationen des Stützers beruhen (vgl. WEISS



2002 120). Diese Aussage bezieht sich auf durchgeführte quantitative Studien zur Feststellung der Validität der FC.

Gerichtlich angeordnete Untersuchungen des FC-Konzeptes auf Grund von Anklagen wegen sexuellem Missbrauch übten einen Druck auf empirisch fundierte Untersuchungen des Ansatzes aus. Dieser wurde vorher deswegen kaum untersucht, weil viele FC-Befürworter der Meinung waren, dass die Methoden der herkömmlichen Forschung für die Untersuchung der gestützten Kommunikation unangemessen sind (vgl. ADAM 2003 10).

Unter BLIGH und KUPPERMANN wurde 1993 eine Studie vorgenommen, die den experimentellen Vorgang verdeutlicht. Grundlegend war die Frage, ob die FC-Kommunikationen von der stützenden Person inhaltlich beeinflusst waren. BLIGH und KUPPERMANN führten ihre Untersuchung bei einem zehnjährigen Mädchen mit einer starken Sehbehinderung und autistischen Verhaltensweisen durch. Die Übungsaufgaben wurden so gestaltet, dass die Lehrerin (Facilitatorin) jeweils Fragen in den Computer eingegeben hatte, so dass die Schülerin diese vom Bildschirm ablesen konnte und mit Hilfe der Lehrerin eine Antwort in den Computer eingab. Vier Mal wurden die Versuchsbedingungen variiert. Folgende Ergebnisse entstanden dabei:

Versuchsbedingungen	Ergebnisse der Untersuchung
1. Durchführung: FC-Kommunikation, ohne dass die stützende Lehrerin die Tastatur einsehen kann.	Schülerin gab sinnlose Buchstaben-Folgen als Antwort
2. Durchführung: Das Kind bekam schriftliche Fragen gestellt, die die Stützerin nicht einsehen durfte.	Schülerin gab verständliche sprachliche Äußerungen als Antwort, die aber nicht zu den Fragen passten.
3. Durchführung: Die Stützerin konnte die Fragen sehen, die dem Kind gestellt wurden, aber die Fragen waren so ausgewählt, dass nur das Kind, aber nicht die Stützerin, die Antwort kannte.	Schülerin gab zu den Fragen passende, aber unrichtige Antworten.
4. Durchführung: Die Stützerin sah die Fragen. Das Kind und die Stützerin kannten die Antwort.	Schülerin lieferte die richtige Antwort

Aus der Untersuchung wurde ersichtlich, dass die Schülerin nur dann eine adäquate Antwort liefern konnte, wenn ihre Facilitatorin über die Frage im Voraus informiert war (vgl. Adam (2003) 10 f). Demnach wird der Verdacht auf eine Manipulation des Facilitators auf den FC-Schreiber durch diese Untersuchung verstärkt.

Um ebenfalls zu erfassen, ob die Informationen der FC-Kommunikation durch die gestützte Person oder durch den Facilitators zustande kommen, beschäftigten sich JACOBSON et al. Der Untersuchungsgegenstand für die zusammenfassende Analyse stellten 15 Studien dar, welche im Zeitraum von 1991 bis 1995 veröffentlicht wurden. Die Versuchsbedingungen wurden so gestaltet, dass der Einfluss des Facilitators systematisch variiert werden konnte. Um diesen Einfluss zu kontrollieren, wurden diverse Methoden angewandt:

Massage-passing: Den Probanden wird in Abwesenheit des Facilitators ein Bild, Objekt oder Filmausschnitt gezeigt oder es wird eine Aktivität durchgeführt. Anschließend findet eine reguläre FC-Situation statt, in der nach Beschreibungen zu den vorhergesehenen Objekten und Vorgängen gefragt wird.
Kartenset mit Auswahl an einfachen Lückensätzen und Fragen vermischt mit Blankokarten, die dem Probanden mit bzw. ohne Einblicksmöglichkeit für den Facilitator vorgelegt wurde. Der Facilitator wusste bei der Versuchsanordnung nicht, ob überhaupt eine Frage gestellt worden war bzw. welche.

Gestellte Fragen an den Probanden, über die der Facilitator nicht Bescheid wissen konnte.

Zwischenwände und Kopfhörer, um Einflussnahmen des Facilitators zu vermeiden.

An den 15 experimentellen Untersuchungen nahmen 126 Probanden (FC-Schreiber) teil. Von diesen konnten lediglich vier Probanden eine sinnvolle Kommunikation darbieten. Bei zwei der vier FC-Schreibern ließen sich die Ergebnisse wiederholen. Die Erfolgsquote der gestützten Kommunikation bezieht sich in dieser Studie auf 1,59% (vgl. ebd.).

Auch HOWLIN kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Er betrachtete 45 empirische Studien an denen 350 Personen mit ASS mit ihren Facilitatoren im Zeitraum zwischen 1990 bis 1996 teilnahmen. Bei diesen Studien bezog sich die Fragestellung ebenso darauf, ob die geschriebenen Mitteilungen des FC-Schreibers echt waren. HOWLIN legte 1997 den Nachweis vor, dass von den ca. 360 Probanden, 94% der Beeinflussung unterliegen. Lediglich 6% der Untersuchten zeigten teilweise oder vollständig richtige Antworten, welche sich fast ausschließlich auf das Benennen einfacher Aufgaben bezogen (vgl. PROBST 2003 3f).

In Deutschland widmeten sich BUNDSCHUH und BASLER-EGGEN der empirischen Untersuchung der gestützten Kommunikation. Diese bezog sich auf sieben Kinder und Jugendliche, welche FC nutzten. Die Aufgabendarstellungen können dem folgenden Beispiel entnommen werden:

Die Aufgabe  $20+23 =$  wurde dem Probanden vorgelegt.

Der Proband musste aus vier verschiedenen Antwortmöglichkeiten: 61, 43, 54, 80 auswählen.

Der Proband musste auf das richtige Ergebnis (43) zeigen.

Mit Hilfe des Facilitators konnten die Probanden zu 50% die richtige Antwort liefern. Dabei lag die Ratemöglichkeit bei 25%. BASLER-EGGEN stellte dabei die Stützerin dar und die Stützer im Alltag übernahmen in dieser Untersuchung die Aufgabe des Präsenters, welcher die Aufgaben für die Untersuchung vorlegte (vgl. PROBST 2003 5).

Diese negativen Ergebnisse blieben bei den FC-Befürwortern nicht ohne Berücksichtigung. Ein bedeutungsvoller Kritikpunkt stellt für die FC-Vertreter die unnatürliche Testsituation dar, welche für den FC-Schreiber eine praktisch unmögliche Situation sein soll. Weitere Kritikpunkte waren die in der Testsituation fehlende emotionale Stütze, welche bei dem FC-Konzept eine gleichwertige Ebene zur körperlichen Stütze darstellt. Weiter wurde die zu kurz bemessene Testzeit und die Nichtbeachtung von Wortfindungsstörungen kritisiert, (welche bei Menschen mit ASS häufiger vorkommen soll). Letztlich kam es zur Polarisierung bezüglich der Einschätzung des FC-Konzeptes als wissenschaftlich fundierte Methode. Die FC-Vertreter forderten andere Überprüfungsverfahren, während die FC-Kritiker der Ansicht sind, dass für die Untersuchung dieses Konzeptes die gleichen Maßstäbe verwendet werden sollten, wie sie für andere Methoden der Unterstützten Kommunikation verwendet wurden (vgl. ADAM 2003 15). Unter Berücksichtigung dieser Einwände entstanden weitere Experimente, bei denen versucht wurde, die Aspekte der FC-Befürworter zu berücksichtigen.

In der Untersuchung von BERGER und RAMSEN wurde darauf geachtet, den Aspekt der Wortfindungsstörungen zu vermeiden, indem man den gefragten Begriff für den Proband sichtbar machte. Ein Zeitlimit gab es nicht. An die Testbedingungen wurden die Probanden durch Vortests

herangeführt. Die vier Probanden konnten ihrem Stützer unbekannte Informationen mitteilen (vgl. WEISS 2002 123).

Auch CARDINAL und HANSEN kamen zu einem positiven Ergebnis. Bei dieser Untersuchung wurde ebenfalls darauf geachtet, die Störvariablen zu vermeiden. Bei 84% der untersuchten Kinder konnten sie nachweisen, dass sie sich ohne Beeinflussung mit Hilfe der gestützten Kommunikation verständlich machen können (vgl. ebd.).

FC-Befürworter forderten als Alternative zu den quantitativen Verfahren qualitative Untersuchungen. Statt einem Experiment bedienten sich weitere Studien der Methode der systematischen Beobachtung, welche mittels diversen Beobachtern und Videoaufnahmen, durchgeführt wurden (vgl. ebd.).

Mit diesem Verfahren konnten Studien von BIKLEN und dem PROJEKT STEERING COMMITTEE veröffentlicht werden, die zeigen, dass viele der untersuchten Probanden ein hohes Kommunikationsniveau haben. Nach diesem Verfahren konnte eine „Echtheit“ von 87% der untersuchten Personen nachgewiesen werden (vgl. ebd.).

BIERMANN hat, bezogen auf die Kritikpunkte der vorangegangenen Untersuchungen, in einer differenzierten Metaanalyse 44 amerikanische Studien betrachtet. Diese führte zu folgenden Ergebnissen (ADAM 2003 14f.):

Eine Authentizität ließ sich insgesamt nur bei einem Fünftel der untersuchten Versuchspersonen nachweisen. Eine Beeinflussung konnte bei drei Viertel nachgewiesen werden.
Die kommunikative Leistung der Probanden ging in fast keinem der Fälle über Einwortmitteilungen hinaus.
Die Annahme eines Einflusses von Wortfindungsstörungen auf Teilleistungsstörungen ließ sich durch die Analyse nicht halten.
Bedingungen, die den Validitätsnachweis begünstigen haben unerwünschte Nebenwirkungen. Die Beeinflussbarkeit wird gleichzeitig erhöht. Die Facilitatoren waren sich jedoch nicht bewusst, dass eine Beeinflussung stattfand.
Ein hohes Aufgabenniveau erleichtert nicht den Nachweis valider FC-Botschaften.

#### 4.2.5 Zusammenfassung unter kritischer Reflexion

Kann das umstrittene Konzept eine Chance für Kinder und Jugendliche mit ASS sein oder stehen diesem zu viele Grenzen gegenüber?

Eine *individuelle Förderung* ist bei FC möglich. Eine individuelle Ausrichtung ergibt sich dadurch, dass das Förderverfahren und die darauf folgende Kommunikation immer in einer Eins-zu-Eins-Situation statt findet. Darüber hinaus orientiert sich das FC-Konzept an den Stärken der Personen. Diese werden zunächst ermittelt und dann weiter ausgebaut.

Es besteht der Verdacht, dass das FC-Konzept die *persönliche Entfaltungsfreiheit* einschränkt. Der Verdacht auf eine Manipulation kann nicht ausgeräumt werden. Bei einer gegebenen Manipulation des FC-Nutzers durch den Facilitator hätte dies Auswirkungen auf die persönliche Entfaltung. Dem entsprechend könnte der FC-Nutzer gerade nicht seine eigenen Bedürfnisse und Wünsche äußern und seinen Interessen nachgehen. Sein autonomes und selbstbestimmtes Handeln wäre durch die

Fremdbestimmung des Facilitators eingeschränkt und die Teilhabe an der Gesellschaft wäre teilweise versperrt.

Das FC-Konzept schreibt den FC-Nutzern komplexe schriftsprachliche und damit auch kognitive Fähigkeiten zu, worüber viele häufig nicht verfügen. Es ergeben sich aus dieser Fehleinschätzung, Erwartungen und Forderungen an den FC-Schreiber, die dieser nicht realisieren kann. Zudem werden mögliche Fähigkeiten nicht ausgeschöpft. Eine freie *Persönlichkeitsentfaltung* kann dadurch nicht ermöglicht werden. Mögliche Über- und Unterforderungen bleiben nicht ohne Folgen. PROBST (2003 7 f.) sieht hier die Gefahr, dass diese zu einer Entfremdung, Isolation, Stresssymptomen und weiteren psychischen Störungen führen kann. Das Recht auf eine bestmögliche Teilhabe am kulturellen und sozialen Leben sowie auf eine angemessene Erziehung und Bildung wird dadurch bedroht.

Das FC-Konzept grenzt ein *flexibles Handeln* ein. FC schafft eine Abhängigkeit vom Facilitator. Nur wenigen Menschen mit ASS gelingt es nach einem FC-Training ohne körperliche Unterstützung zu kommunizieren (vgl. WEISS 2002 125). Dieses bedeutet, dass ein Großteil der FC-Nutzer auf die Anwesenheit einer weiteren Person angewiesen ist, um in Kommunikation zu treten. Jedoch gibt es zahlreiche Situationen, in denen eine stützende Person nicht anwesend ist. Oftmals verteilt sich die Facilitatorenrolle auf wenige Personen oder nur auf Eine. Eine Anwendung kann demnach häufig nur in ausgewählten Situationen geschehen. Übernehmen Lehrer oder andere Pädagogen die Stützung des Schülers, ist deren Zusammenarbeit mit dem Schüler befristet. Lehrer wechseln nicht selten ihre Klassen und geben die Förderung der Schüler an ihre Kollegen ab. Spätestens nach der Schulentlassung können diese den FC-Schreiber nicht mehr unterstützen. Selbstverständlich können auch andere Pädagogen die Stütze übernehmen, welches aber einer Weiterbildung über FC erfordert und für den FC-Schreiber eine erneute Herausforderung darstellt, sich auf neue Personen als Facilitator einzulassen.

Nach Ansicht des Verfassers wird bei FC eine langfristige Betrachtung nicht ausreichend berücksichtigt. Es stellt sich die Frage, ob eine Person mit ASS auch während einer möglichen Ausbildungsphase oder während der Arbeit, aber auch in vielen weiteren Situationen von einer anderen Person dauerhaft gestützt werden kann. Dieses kann sicherlich nicht im dem umfassenden Maße geschehen, wie es von dem FC-Nutzer gewünscht wäre. Eine Kommunikation kann nach dem FC-Konzept immer nur mit dem Facilitator geschehen. Eine unabhängige Kommunikation ist so nicht möglich.

Letztlich lässt sich sagen, dass FC keine ausreichende alternative Möglichkeit schafft, um die Kommunikation gänzlich ohne eine weitere Unterstützungskraft zu realisieren. Dieses sollte gerade unter der Betrachtung, dass es nur sehr wenigen FC-Schreibern gelingt, ohne körperliche Stütze zu kommunizieren, berücksichtigt werden.

FC verfügt über keine positiven *Effekte*. Die Forschungsergebnisse sind sehr ambivalent. Viele Studien beziehen sich auf den Verdacht der Beeinflussung durch den Facilitator. In einem Großteil der Studien wird eine Beeinflussung bestätigt. FC-Vertreter kritisieren, dass den Untersuchungen falsche Kriterien unterlagen und liefern Gegenstudien. Letztlich kann gesagt werden, dass kein

eindeutiger Nachweis darüber besteht, wie effektiv das FC-Verfahren tatsächlich ist. Dem Konzept sollte mit Skepsis begegnet werden.

FC lässt den Einbezug *weiterer Förder- und Therapiekonzepte* zu. Das Konzept ist kein umfassendes Förderprogramm, es bezieht sich auf den Förderschwerpunkt der Kommunikation. Neben dem Verfahren der gestützten Kommunikation können deshalb weitere Konzepte angewandt werden.

FC ist nicht nur ein Förderkonzept, sondern auch eine Kommunikationsmethode. Die Förderung soll so gestaltet werden, dass diese in eine alternative Kommunikationsform übergeht. Es soll also ein Übergang zwischen Förderung und Kommunikation mittels FC realisiert werden.

Bei der *Umsetzung des Konzeptes in die Praxis* bedarf es einer genauen Reflexion. Das Konzept erscheint zunächst einfach in der Anwendung zu sein. Aber genau darin liegt auch die Gefahr, das Konzept inadäquat anzuwenden. Es ist nicht damit getan, wenn sich Eltern, Lehrer / Pädagogen, Therapeuten und andere Betreuungskräfte dazu entschließen, das Konzept anzuwenden und dies ohne reflektiertes Wissen tun. Ein Konzept ohne fundierte wissenschaftliche Absicherung bzw. welches auf Grund des Verdachtes auf eine Manipulation, unter solch unterschiedliche Ansichten basiert, sollte nicht ohne weitere Reflektion eingesetzt werden. Die Anwendung verlangt Kenntnisse über die physische und psychische Stütze bzw. über die Stütztechnik. Auch WEISS räumt ein, dass eine potentielle Gefahr einer Manipulation vorhanden ist und FC damit ein störanfälliger Vorgang bleibt (vgl. WEISS 2002 125 f.). Das Aneignen der Kompetenzen über das Konzept sollte nicht ohne eine Fortbildung geschehen, um sicher zu gehen, dass die Anwendungstechnik den Vorgaben des Konzeptes entspricht. Gerade in einem solchen umstrittenen Fall, wie es bei diesem Konzept gegeben ist, sind eine konsequente Einführung bzw. Einarbeitung sowie eine konsequente Anwendung unerlässlich.

Die Gefahr der *Fehlinterpretation* ist beim FC-Konzept groß. Die Anwendung der Methode des Facilitated Communication unterliegt der Manipulation, wodurch keine authentische Interaktion zustande kommt. Dieser Kritikpunkt ist in der Diskussion um das FC-Konzept fest mit diesem verbunden. Die unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse verdeutlichen diesen Streitpunkt. Nicht wenige Studien zeigen vernichtende Ergebnisse mit einer teilweisen Forderung nach einer Nichtanwendung des Konzeptes. Wiederum kommen andere Studien, welche nach den Kriterien der FC-Befürworter durchgeführt wurden, zu positiven Ergebnissen. Ein sicheres Argument gegen den Einwand der Beeinflussung durch den Facilitator, stellt nach WEISS die Ausblendung der Stütze dar. Ihrer Ansicht nach ist eine Manipulation dann nicht mehr möglich, wenn der FC-Schreiber nur noch an der Schulter berührt werden muss, um den Kommunikationsfluss auszulösen. Als weitere Entkräftigungsaspekte gegen eine Beeinflussung sieht sie Berichte von FC-Schreibern an, welche der Realität entsprachen und dem Facilitator unbekannt waren sowie die Tatsache, dass ein FC-Schreiber bei unterschiedlichen Facilitatoren die gleichen Fehler beim Schreiben macht (vgl. ebd.).

Die *autismusspezifische Förderung* bezieht sich beim FC-Konzept lediglich auf den Bereich der Kommunikation. Wie das PECS-Konzept bezieht sich FC auf den Förderbereich der Kommunikation. Auf weitere Bereiche geht dieser Ansatz nicht ein.

Das Konzept stellt nicht nur ein Verfahren für die Förderung von Personen mit ASS dar. FC kann bei einer Vielzahl von Personen angewandt werden, die in ihrer (verbalen) Kommunikation beeinträchtigt sind. Wie beim PECS-Konzept muss der FC-Nutzer über Voraussetzungen verfügen: Symbolverständnis: Bilder und Buchstaben lesen, visuelle Wahrnehmungsfähigkeit, Sehfähigkeit, motorische Hand- und Armausführung...). Dem entsprechend wird die Zielgruppe wieder eingeschränkt.

Die *Eltern* sollten beim FC-Konzept in die Förderung eingebunden werden. Die gestützte Kommunikation wird von wenigen Personen im Umfeld des Kindes ausgeführt. Sinnvoll erscheint es, wenn sowohl für den Bereich der Schule, als auch zu Hause Personen in der Lage sind, die Rolle des Facilitators zu übernehmen. Begrüßenswert ist es, wenn mindestens ein Elternteil die gestützte Kommunikation durchführen kann, um somit eine Kommunikation innerhalb der Familie zu gewährleisten. Da FC einem umfassenden Wissen und damit einer Fortbildung bedarf, wäre eine solche für die Eltern bzw. für einen Elternteil notwendig. Eine Einbindung in die Therapeutenrolle ist aber bei diesem Ansatz nicht gegeben.

FC betrachtet ASS zu einseitig mit körperlichen Erklärungsansätzen und lässt dabei andere Theorieansätze außer Acht. Der FC-Ansatz wurde von CROSSLEY ursprünglich als eine alternative Kommunikationsform für Menschen mit einer körperlichen und motorischen Beeinträchtigung entwickelt. Diese ursprünglichen theoretischen Annahmen wurden bei der Übertragung des FC-Konzeptes auf ASS beibehalten. Deutlich wird dieses vor allem dadurch, dass bei diesem Konzept, ASS durch eine zugrunde liegende cerebrale Bewegungs- und Handlungsstörung erklärt und damit eine Grundlage für den Einsatz des FC-Konzeptes geschaffen wird. Kritisch zu betrachten sind dabei vor allem die ausschließliche und einseitige Begründung sowie das Missachten der multifaktoriellen Genese, welche heute aus fundierter wissenschaftlicher Sicht, ASS erklären. Die Erklärung einer körperlichen Ursache für die Kommunikationsprobleme bei ASS soll keineswegs unbeachtet bleiben. Sie sollte aber als eine von vielen Erklärungsansätzen verstanden werden. Auch WEISS sieht in diesem Zusammenhang ein besonderes Problem. Würde FC so funktionieren, wie sie beschrieben wurde, würde dies bedeuten, dass die bisherige Theorie über den Autismus in vielen Punkten nicht aufrechterhalten werden könnte. Nahezu alle geläufigen und weiterhin anerkannten Diagnosekriterien würden in Frage gestellt, die Vorstellung einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung könnte nicht aufrechterhalten werden etc. (vgl. WEISS 2002 128). Auch PROBST folgt dieser Meinung, wenn er sagt, dass das Recht der Eltern auf Information und Beratung nach dem aktuellen Wissensstand durch die Vertreter der gestützten Kommunikation verletzt wird, weil diese nicht über die Ursachen und Folgen der ASS angemessen unterrichtet werden. Dadurch entstünden trügerische Hoffnungen, die sich nicht erfüllen ließen, weshalb sich diese Diskrepanz zwischen Erwartung und Wirklichkeit zu einer Hoffnungslosigkeit und Depression

auswirken könne. Unzureichendes Wissen über ASS ist aber nicht nur für die Familie von Bedeutung, sondern auch für die Gesellschaft in ihrer kulturellen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Untergliederung, um finanzielle oder sachliche Mittel adäquat bereit zu stellen (vgl. PROBST 2003 8).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das FC-Konzept für viele Eltern und Betroffene eine Faszination in sich birgt, weil es diesen Personen Hoffnung gibt, dass Menschen mit ASS aus ihrer autistischen, wenig kommunikativen Welt heraustreten können. Aussagen von betroffenen Personen über FC stehen sich konträr gegenüber. Eine Beeinflussung des FC-Nutzers durch den Facilitator ist nicht auszuschließen. Demnach kann die gestützte Kommunikation nicht als eine Kommunikationsmethode betrachtet werden, mit der sich eine zuverlässige, authentische Kommunikation erreichen lässt. Im Gegensatz zur Beeinflussung des Facilitators sind Kommunikationserfolge selten nachweisbar (vgl. ADAM 2003 16). CROSSLEY räumt selbst ein, dass FC keine ideale Methode darstellt. Es sei eine Methode, die dann anzuwenden ist, wenn keine bessere zur Verfügung stünde (vgl. BIERMANN 2005 3).

Das Facilitated Communication-Konzept gilt nach Meinungen von Fachleuten als ein umstrittenes Verfahren, deren Anwendung mit besonderer Vorsicht und nur nach reiflicher Überlegung erfolgen sollte. Diese alternative Kommunikationsmethode kann sich nicht auf eine wissenschaftlich fundierte Absicherung stützen.

Könnte jedoch eine Manipulation nachweislich ausgeschlossen werden, könnte die Anwendung eine große Chance für viele Menschen mit ASS bedeuten. Ein wichtiger Schritt aus dem Autismus ließe sich realisieren, wenn Personen mit ASS ihre Bedürfnisse, Emotionen, Wünsche, Meinungen etc. kommunizieren würde. Ohne wissenschaftlichen Nachweis über eine ausschließende Manipulation bleibt immer ein Verdacht bestehen, dass die kommunikativen Äußerungen nicht von dem FC-Schreiber stammen.

Als chancenreich kann das Konzept nicht bewertet werden. Zu viele Vorbehalte gegenüber dem Verfahren bleiben ohne Klärung im Raum stehen. Das Förderkonzept sollte nur unter größter Sorgfalt und Reflektion angewandt werden. Ein Versuch für eine Förderung mit Hilfe des FC-Konzeptes kann dann in Erwägung gezogen werden, wenn keinerlei Möglichkeiten vorhanden sind andere Kommunikationsmittel zu verwenden. Es sollte stets unter Betrachtung der benannten Kritik und der Beachtung von Information über die Bestimmungen nach diesem Konzept angewandt werden.

## **5. Verfahren zur Förderung der sozialen Kompetenz**

Soziale Situationen adäquat zu deuten, diese einzuschätzen und darauf angemessen zu reagieren, stellt viele Menschen mit ASS vor eine Herausforderung. Ein diesbezügliches Empfinden fehlt ihnen häufig. Umso wichtiger scheint es, solche sozialen Kompetenzen frühzeitig einzuüben. Diverse Konzepte wurden entwickelt, Menschen mit ASS in diesem Förderbereich zu unterstützen. Einige dieser Verfahren sehen eine Intervention in der Gruppe vor. Förderansätze gibt es jedoch auch für das Einzeltraining. Anhand des Konzeptes „SOKO Autismus“ wird im

folgenden Verlauf betrachtet, in wie weit ein solches Gruppentraining zur Optimierung der sozialen Kompetenz beitragen kann. Des Weiteren werden darauf hin drei Verfahren betrachtet, welche vorrangig für die Einzelförderung der sozialen Kompetenzen von Bedeutung sind, „Social Stories“ / „Comic Strip Convention“, „Theory-of-Mind-Training“ und die „Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie“.

## **5.1 Social Skills Groups am Beispiel des Konzeptes „SOKO Autismus“**

### **5.1.1 Einführung in das Förderkonzept**

Menschen mit ASS sind häufig mit einer enormen Herausforderung konfrontiert, wenn es darum geht, soziale Situationen adäquat zu erfassen. Diese sind für sie oft zu unübersichtlich, zu vieles passiert zur gleichen Zeit und soziale Signale werden nicht bemerkt. Soziale Verhaltensweisen werden von Personen mit ASS nicht wie bei Menschen ohne ASS „nebenbei“ erlernt (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 15). Sie bedürfen an dieser Stelle der Unterstützung. Eine Möglichkeit für die Förderung sozialer Fähigkeiten stellen soziale Kompetenztrainings (Social skills training) für Menschen mit ASS dar. Solche Gruppenangebote mit Gleichaltrigen bieten wohl die beste Möglichkeit zur Vermittlung sozialer Fertigkeiten (vgl. POUSKA et al. 2008 40). Ansätze zur Förderung der sozialen Kompetenz bei Menschen mit ASS gibt es zahlreich. Für die Förderung in Einzelsituationen ermöglichen die Methoden „Social Stories“, „Comic Strip Conventions“, computergestützte Programme wie dem FEFA (Frankfurter, Test zur Erkennung des Fazialen Affekts) (vgl. MATZIES 2006 14), das „Theory-of-Mind-Training“ und viele weitere Ansätze eine Grundlage. Diese Konzepte sind jedoch nicht ausschließlich auf eine Einzelförderung ausgerichtet. Sie lassen sich auch im Gruppenangebot anwenden. Für die Förderung sozialer Kompetenzen in Gruppen gibt es jedoch eigenständige und umfassende Konzepte.

Bei einem „Sozialen-Kompetenz-Training“ (= Social Skills Group“) werden Gruppen gebildet, die speziell dazu ausgerichtet werden, den Erwerb von Fähigkeiten zu fördern, die für ein befriedigenderes zwischenmenschliches Miteinander und für ein Leben in der Gesellschaft wichtig sind. Die Gruppenangebote sind im günstigsten Falle integrativ ausgerichtet. Häufig werden sie aber ausschließlich für Personen mit sozialen Schwierigkeiten gestaltet (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 17). Konzepte für Social Skills Groups gibt es einige. Darunter zählen zum Beispiel das Frankfurter Gruppentraining „KONTAKT“, das Züricher Gruppentraining „KOMPASS“ und das „SOKO Autismus“, ein Konzept, das auf dem TEACCH-Ansatz, beruht. Diverse andere Konzepte bestehen neben diesen benannten Verfahren. Sie unterscheiden sich, zum Teil wesentlich, in Bezug auf Format, Ziele und Methoden (vgl. ebd.). Literatur bezüglich dieser Konzepte gibt es bislang noch sehr wenig. Um eine Transparenz zu schaffen, wie ein solches Gruppenangebot zur Förderung sozialer Kompetenzen konzipiert werden kann, soll aus den diversen Ansätzen das Konzept „SOKO Autismus“ vorgestellt werden.



**SOKO Autismus:** Wie bereits erwähnt, bilden die theoretischen Annahmen der Social Skill Groups nach dem TEACCH-Ansatz die Basis für die deutsche Adaption des Konzeptes „SOKO Autismus.“ Anne HÄUSSLER entwickelte mit weiteren Mitarbeitern das Konzept für das Gruppenangebot zur Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus (vgl. MATZIES 2006 14). Im Wesentlichen ist das Konzept für eine Personengruppe von Menschen mit ASS ausgerichtet, welche über einen gewissen Grad an Kommunikationsfähigkeit und intellektuellen Kompetenzen verfügt. Die Zielgruppe bezieht sich somit auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit High-functioning Autismus und Asperger-Syndrom. Aber auch für sehr junge Kinder und für Personen mit einem niedrigeren Entwicklungsniveau kann ein solches Sozialtraining in der Gruppe angeboten werden, wenn die Teilnehmerzahl gering und die personelle Unterstützungskapazität ausreichend gegeben ist. Im Vergleich zu Social Skill Groups für Erwachsene sollen diese für Kinder möglichst integrativ angelegt werden (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 18). Im Kontext der Therapie als auch im pädagogischen Setting findet der Förderansatz seine Anwendung. Das Förderkonzept SOKO Autismus und andere TEACCH Social Skills Groups machen Schwierigkeiten, die im Kontext mit ASS häufig auftreten und die sozialen Beziehungen der Betroffenen stark beeinträchtigen, zu ihrem Fördergegenstand. Durch gezielte Maßnahmen können diese zumindest teilweise optimiert werden (vgl. ebd.). Im Unterschied zu anderen traditionellen Formen von Sozialtrainings, besteht das Ziel der Gruppenförderung nach dem Konzept SOKO Autismus nicht darin, bestimmte Verhaltensweisen so unauffällig wie möglich abzutrainieren, sondern die Förderung in einem natürlichen alltäglichen Kontext stattfinden zu lassen. Erfahrungsberichte zeigen, dass das Risiko besteht, die Abhängigkeit von bestimmten Signalwörtern oder Hinweisen zu verstärken und somit die Ängstlichkeit und Unsicherheit erhöht, wenn man nur isolierte Fertigkeiten und Routinen trainiert. Ziel soll es vielmehr sein, eine transparente und verständliche soziale Situation zu schaffen, in der sich die Teilnehmer wohl fühlen und sich dem Kontakt mit anderen Personen öffnen können. Für das Lernen sozialer Kompetenzen bildet das positive Erleben und Verstehen eine Grundlage und zugleich eine Motivation (vgl. HÄUSSLER/TUCKERMANN 2007 1). SOKO Autismus verfolgt die fünf wesentlichen Ziele (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 19):

- Förderung der sozialen Interaktion: Aufnahme von Kontakt und Reaktionen auf Kontaktangebote
- Verständnis von sozialen Regeln
- Förderung der Aufmerksamkeit
- Förderung der Kommunikation
- Positive soziale Erfahrungen ermöglichen

In natürlichen Situationen sollen die Teilnehmer des Gruppenangebotes die Möglichkeit haben, an ihren jeweils spezifischen Schwierigkeiten im sozial-kommunikativen Bereich zu arbeiten und neue Kompetenzen zu entwickeln. Durch diverse individuell angepasste Spielmaterialien und Lernsituationen soll die Umsetzung der Lernziele ermöglicht werden. Die Situationen werden so gestaltet, dass sie eine Vielzahl an sozial-kommunikativen Übungs- und Lernaktivitäten beinhalten.

Dies fordert und fördert folgende soziale Kompetenzen (vgl. HÄUSSLER/TUCKERMANN 2007 2):

- Proximität: Regelung von Nähe und Distanz
- Kontaktaufnahme
- Soziale Reaktion
- Objekt- und Körpergebrauch
- Unterlassen von Verhalten, das eine soziale Interaktion stört oder verhindert
- Anpassung an Veränderungen

## 5.1.2 Durchführung des sozialen Kompetenztrainings in der Gruppe

### 5.1.2.1 Organisation und Rahmenbedingungen

Das soziale Kompetenztraining „SOKO Autismus“ wird als Kinder- und Jugendgruppe sowie als Erwachsenengruppe angeboten. Im Folgenden werden der Ablauf, die Organisation und die Strukturierung der Kinder- und Jugendgruppe geschildert.

Das Gruppentreffen wird so arrangiert, dass sich die Teilnehmer der Gruppe alle zwei Wochen treffen. Das entspricht 18-20 Gruppensitzungen pro Jahr. Pro Gruppensitzung stehen 120 Minuten zur Verfügung. Ein Mitarbeiter betreut in der Regel zwei Teilnehmer. Jedes Gruppentreffen verfolgt einen Ablauf mit festen Programmpunkten, die mit wechselnden Inhalten ausgestattet werden. Der Ablauf des Sozialen Kompetenztrainings nach dem Konzept „SOKO Autismus“ wird folgendermaßen gestaltet (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 32 f):

10 Min.	Begrüßungsrunde: (Wer ist anwesend? Wie geht es mir? sonstige Erzählungen)
50 Min.	Strukturiertes Spiel: vier bis sechs strukturierte Spiele oder Aktivitäten für die gesamte Gruppe
10 Min.	Pausenvorbereitung: (Tisch decken, Essen zubereiten, usw.)
15 Min.	Pause: (Essen)
15 Min.	Aufräumen: (Geschirr abräumen, spülen, abtrocknen)
10 Min.	Spielkiste : (Unstrukturiertes Spiel durch kooperative Bewegungsspiele)
10 Min.	Entspannungsphase: (Gegenseitiges Massieren)

Nach dem Gruppentreffen findet ein kurzer Austausch zwischen den Eltern und den beteiligten Gruppenmitarbeitern statt. (vgl. ebd.)

Grundlage für das soziale Kompetenztraining stellt das TEACCH-Programm dar (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 23).

### 5.1.2.2 Methodisches Vorgehen

Die Unterstützungsmaßnahmen des TEACCH-Ansatzes finden bei der Durchführung der SOKO Autismus-Gruppe ihre Anwendung. Dies wird vor allem beim methodischen Vorgehen erkenntlich. Das Konzept „SOKO Autismus“ basiert auf Methoden der kognitiven Verhaltensmodifikation, bei der der Schwerpunkt darin liegt, dass der Teilnehmer Regeln und Strukturen erkennt und aus dem Verstehen heraus passende Strategien entwickelt bzw. effektiv anwendet. Zum Einsatz kommen

diverse Methoden und Strategien. Das Repertoire soll an dieser Stelle aufgeführt werden (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 26 ff.):

Nutzung und Gestaltung von natürlichen Situationen, die sich durch das Zusammentreffen mit anderen Menschen ergeben: SOKO Autismus legt Wert darauf, in realen, „echten“ Situationen zu lernen. Dieses beruht auf der Tatsache, dass es Menschen mit ASS schwer fällt, Gelerntes in reale Situationen zu übertragen.

Strukturierung von Situationen, damit sich Lernanlässe ergeben: Im natürlichen Kontext werden auch spezielle Situationen so arrangiert, dass sie es einem Teilnehmer ermöglichen, ein bestimmtes Verhalten zu üben.

Routinen: Routine soll durch einen festen Rahmen mit vorhersehbaren Programmpunkten erreicht werden und bezieht sich nicht auf den Inhalt der Aktivitäten. Routinen können auch variiert werden.

Strukturierende Hilfen: Diese werden vor allem durch Visualisierung ermöglicht. Sie dienen der Orientierung im Hinblick auf räumliche Zuordnungen, zeitliche Abläufe und den Umgang mit Material. Komplexe und unüberschaubare Situationen werden so verständlich.

Visuelle Hinweise und Erinnerungshilfen: Visuelle Informationen können leichter verarbeitet werden und in eine Handlung umgesetzt werden als sprachliche Hinweise. Visuelle Hinweise und Erinnerungshilfen dienen daher der Unterstützung bei der Verhaltensmodifikation (Unsicherheit überbrücken und Selbständigkeit fördern sowie Rückmeldung auf das Verhalten eines Gruppenmitgliedes zu geben).

Umschalten auf visuelle Kommunikationsmittel: Neben der verbalen Ausdrucksweise sollen die Teilnehmer weitere Kommunikationsformen kennen lernen und anwenden (siehe Unterkapitel „Kommunikationsmittel“).

„Social Stories“: Social Stories werden eingesetzt, um eine Vermittlung allgemeiner Verhaltensregeln oder soziale Zusammenhänge zu ermöglichen. Mit einzelnen Teilnehmern wird eine solche Geschichte, die soziale Aspekte beinhaltet, gestaltet (siehe Kapitel „Social Stories“).

„Comic Strip Convention“: Erlebte Situationen werden mit Hilfe von einfachen Zeichnungen besprochen, um den Ablauf einer Interaktion zu verdeutlichen. Mit diesem Visualisierungsmittel kann verständlich gemacht werden, was in einer sozialen Situation während eines Gespräches passiert und welche Wirkung das Gesagte auf die Interaktionspartner hat.

Rollen- und Stehgreifspiele: Konkrete Verhaltensstrategien lassen sich auch über Rollenspiele gut einüben. Dem Teilnehmer soll verständlich werden, welche grundlegenden Schritte zur Lösung einer Situation erledigt werden müssen, um an das gewünschte Ziel zu gelangen. Wichtige lebenspraktische Vorgänge, wie zum Beispiel das Einkaufen können so gelernt werden.

Beobachten und Einschätzen Sozialer Situationen (BESS): Die Pädagogen oder Therapeuten spielen eine Szene vor, in der eine zuvor besprochene Regel verletzt wurde. Die Kinder und Jugendlichen mit ASS beobachten die Szene und müssen herausfinden, ob ein Fehlverhalten vorliegt und worin dies besteht. Ein Teilnehmer kann anschließend eine Rolle übernehmen und zeigen, wie er es richtig machen würde.

Video-Feedback: Um einem Kind oder einem Jugendlichen mit ASS mitzuteilen, wie er sich verhält, bieten sich Videoaufnahmen an. Diese können dem Teilnehmer gezeigt und mit ihm besprochen werden.

Skalen: Graduelle Beurteilungen der unterschiedlichen Art sind oft schwierig für Menschen mit ASS. Der Einsatz von Skalen hat sich zur Selbst- und Fremdwahrnehmung in den verschiedenen Bereichen als effektiv erwiesen. Mit Hilfen einer Skala können Abstufungen unterschiedlichster Art nicht nur visuell verdeutlicht, sondern auch von den Teilnehmern entsprechend ausgedrückt werden. Zudem kann mit diesen dargestellt werden, wie sich ein Zustand oder ein Gefühl im Verlauf einer Situation verändern kann.

Verträge und Verstärkerpläne: Um problematische Verhaltensweisen abzubauen, können als Verstärker oder schriftliche Verträge zum Einsatz kommen.

Strukturierung und Visualisierung sind auch hier zwei zentrale Aspekte in der praktischen Arbeit. Dadurch sollen Situationen durchschaubar und somit verstehbar werden (vgl. (HÄUSSLER/TUCKERMANN 2007 2 f). Durch eine klare Abgrenzung mittels Mobiliar, Markierungen und Standrichtungen wird eine räumliche Strukturierung erzielt (vgl. MATZIES 2006 15). Der Raum wird so strukturiert, dass den Teilnehmern deutlich wird, wo welche Aktivität stattfindet, wo sich die Teilnehmer zu welcher Aktivität aufhalten sollen und wo welche Gegenstände hingehören (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 31). Für die zeitliche Orientierung werden verschiedene Zeitmessgeräte eingesetzt: Wecker, Time Timer (Zeitdauer wird rot dargestellt), Ampel und Programmplan, auf dem der Ablauf des Treffens visualisiert wird (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 35)

Um Gefühle deutlich ausdrücken und um Entscheidungen mitteilen zu können, kommen bei dem Konzept „SOKO Autismus“ bestimmte Hilfsmittel zum Einsatz (vgl. ebd. 35 ff.):

Smilies: Jeder Teilnehmer teilt mittels eines Smilies mit, wie es ihm an diesem Tag geht. Das Smily wird auf dem „Wer-ist-da? -Plan“ angebracht.

Wie-war's-Brett: Neben dem Ausdruck des Gefühls, sollen die Teilnehmer die Möglichkeit erhalten, einzelne Aktivitäten zu bewerten.

Wahlbrett: „Was wollt ihr?“ Zwei Bildkarten stehen zur Auswahl. Zur demokratischen Abstimmung wird dann das Wahlbrett eingesetzt. Die beiden Karten werden auf dem Wahlbrett befestigt und jedes Kind legt seinen Wahlstein neben die Aktivität, die ihm zusagt.

Menüplan: Eine Auswahl kann getroffen werden, indem ihnen die Aktivitäten oder andere Kriterien, die zur Auswahl stehen visuell präsentiert werden.

Danke-Karte: Die Danke-Karte soll als Kommunikationshilfe eingesetzt werden, um sich zum richtigen Zeitpunkt mit den richtigen Worten zu bedanken.

### 5.1.3 Die Anwendung des sozialen Kompetenztrainings in der Praxis

Es gibt sehr viele unterschiedliche Konzepte für das Training sozialer Kompetenzen. Im deutschsprachigen Raum wurden bislang nur sehr wenige Konzepte veröffentlicht und evaluiert (z.B. „KONTAKT“- Frankfurter Gruppentraining, KOMPASS – Züricher Gruppentraining und „SOKO Autismus“). JENNY berichtet davon, dass das Frankfurter Gruppentraining bislang das einzige evaluierte Förderkonzept für eine Social Skills Group bzw. ein Soziales Kompetenztraining für Menschen mit ASS im deutschsprachigen Raum darstellt (vgl. JENNY 2010 193).

Den vielfältigen Konzepten entsprechend sind auch Durchführungen der Social Skills Groups gestaltet. Die TEACCH Social Skills Groups und SOKO Autismus beziehen sich auf natürliche Lernarrangements mit festem und routiniertem Ablauf. Die soziale Interaktion und der Kontakt zwischen den Gruppenmitgliedern soll gefördert werden. Dem entsprechend werden bei diesem Gruppentraining die Aktivitäten ausgewählt. Es besteht die Möglichkeit außerhalb des Gruppentrainings zusätzliche Einzelförderangebote zu installieren, um Verhaltensweisen oder

Vorgänge zu trainieren, die in der Gruppe eingesetzt werden können. Auf Grund des Aspektes des natürlichen Lernarrangements lassen sich gängige und einfach zu realisierende Gruppenaktivitäten einbeziehen. Methodisch nutzen die Social Skills Groups nach TEACCH die Kleingruppe. Gewisse Themen, gemeinsamen Mahlzeiten, gemeinsamen Spielen, Gruppengesprächen, Ausflüge und Erzählungen von Witzen lassen sich in einer solchen Konstellation besser realisieren (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 22 f.).

SOKO Autismus und andere Sozialtrainingsverfahren ermöglichen den Einbezug vieler Methoden und Strategien. Die Social Skills Groups selbst, stellen ein methodisches Vorgehen dar, welche aber wiederum auf weitere Methoden angewiesen sind, um vielfältige Ziele im Rahmen des Sozialen Kompetenztrainings zu verfolgen. Mit einer ausreichender Vor- und Nachbereitungszeit sowie Kreativität lassen sich die Methoden wie Social Stories, Comic Strip Convention, Rollenspiele, Videofeedback, Verstärkersysteme usw. relativ einfach in diesen Rahmen des Sozialen Kompetenztrainings für Menschen mit ASS einbeziehen. Gerade für das Sozialtraining von Menschen mit ASS bietet ein solch vielfältiger Einsatz von Methoden einen Vorteil für das Lernen von Flexibilität.

Methodisch und inhaltlich ist das Förderkonzept SOKO Autismus so ausgerichtet, dass es vor allem Personen mit ASS anspricht, die über eine gewisse intellektuelle und kommunikative Kompetenz verfügen. Gruppenangebote können auch für Menschen mit ASS und einem niedrigeren Entwicklungsniveau gestaltet werden. Jedoch lassen sich viele der vorgestellten Methoden und Strategien, die SOKO Autismus in das eigene Konzept einbinden möchte, nicht auf diese Personengruppe anwenden. Thematische Inhalte und Methoden müssen alternativ und entsprechend der Zielgruppe entwickelt werden. Ein differenziertes methodisches und inhaltliches Vorgehen zieht dementsprechend eine differenzierte Durchführung nach sich. Diese kann phasenweise oder vollständig differenziert stattfinden.

Für TEACCH und SOKO Autismus stellen der Aspekt der Strukturierung und die Orientierung an den Erkenntnissen der Lerntheorie sowie der kognitiven Psychologie charakteristische Basiselemente dar. Dementsprechend bilden kognitiv-verhaltenstherapeutische Maßnahmen eine Grundlage für das Vorgehen der TEACCH Social Skills Groups bzw. bei SOKO Autismus. Für die Anwendung des Konzeptes bedeutet dies, dass während des Sozialtrainings keine bestimmten Verhaltensweisen in bestimmten Situationen eingeübt, sondern allgemeine Strategien zur Verhaltensorganisation vermittelt und Erwartungen durchschaubar gemacht werden. Mittels Rückmeldungen an die Teilnehmer soll eine Selbstkontrolle aufgebaut werden. Die Lernsituationen während den Gruppensitzungen beziehen sich auf natürliches Gruppengeschehen. Das Gelernte soll so möglichst auf den Alltag bezogen werden können (vgl. HÄUSSLER et al. 2003 25). Eine Begleitung im Alltag findet jedoch seitens der Pädagogen oder Therapeuten nicht statt.

Einige Förderkonzepte beziehen die Eltern in das Soziale Kompetenztraining mit ein. Dies wird in einer unterschiedlichen Intensität realisiert. Teilweise werden intensive Elternberatungsgespräche bzw. Angebote der Psychoedukation offeriert, andere Konzepte beschränken sich ausschließlich auf die Förderung der Teilnehmer. Die Zusammenarbeit mit den Eltern stellt bei TEACCH und bei

SOKO Autismus ein wichtiges Element der Förderung dar. Förderziele und Wünsche der Eltern werden gemeinsam besprochen. Einmal im Jahr findet ein Elternabend statt, bei dem inhaltliche Schwerpunkte und Materialien vorgestellt werden. Für die Eltern besteht zudem die Möglichkeit der Hospitation während einer Gruppensitzung (vgl. ebd.). Die Eltern werden bei diesem Konzept also laufend über inhaltliche und methodische Vorgehensweisen aufgeklärt, so dass eine angemessene Förderung durch die Eltern weitergeführt werden kann. Eine spezielle Anleitung der Eltern wird nicht ermöglicht.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass eine Umsetzung eines Sozialen Kompetenztrainings für Menschen mit ASS, wie es mit dem SOKO Autismus-Konzept realisiert werden kann, mit einem ausreichenden Fachwissen gut in den pädagogischen und therapeutischen Alltag einbeziehen. Voraussetzung ist, wie bei jedem Konzept, eine geklärte finanzielle und organisatorische Basis.

#### **5.1.4 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit des sozialen Kompetenztrainings**

Über das Soziale Kompetenztraining nach dem „SOKO Autismus“-Konzept liegen bislang keine evaluierte Studie vor, die eine Effektivität durch die Förderung nach diesem Ansatz nachweisen könnte. Um dennoch einen Einblick darüber zu erhalten, wie effektiv ein solches Soziales Kompetenztraining bzw. eine Social Skill Group für Menschen mit ASS sein kann, sollen im Folgenden Evaluationsstudien anderer Konzepte betrachtet werden.

MESIBOV entwickelte ein Gruppentraining für Jugendliche und Erwachsene mit ASS. Die Teilnehmer mit Frühkindlichem Autismus im Alter von 14-35 Jahren, erhielten vor jedem Gruppentreffen von 60 Minuten ein Einzeltraining von 30 Minuten, um die gelernten Fertigkeiten einzuüben. Laut den Teilnehmern und deren Eltern konnte eine Verbesserung bezüglich des Aufbaus des Selbstwertgefühls, ein positiver Kontakt zu Gleichaltrigen und bestimmte soziale Fertigkeiten durch Modellernen, Rollenspielen und Beratung erreicht werden. Das Training wurde jedoch nicht mit einem Prä-Post-Vergleich evaluiert (vgl. JENNY 2010 187 f).

Eine ähnliche Vorgehensweise wurde bei einem Gruppentraining von WILLIAMS beschrieben. An dem Sozialtraining mit offener Gruppengestaltung haben zehn Jungen im Alter von neun bis 15 Jahren teilgenommen. Die Sitzungen wurden von den Teilnehmern wöchentlich für 45 Minuten über vier Jahre besucht. Ziel war eine Verbesserung der sozialen Interaktion. Aus der Evaluation konnten positive Effekte entnommen werden. Es wurden Verbesserungen, die sich hauptsächlich auf die direkt geübten Fertigkeiten bezogen und leichte Generalisierungseffekte beobachtet (vgl. JENNY 2010 188).

Das Gruppentraining von MARRIAGE, welches für Kinder mit Asperger Syndrom im Alter von acht bis zwölf Jahren konzipiert wurde, fand in zwei Trainingsphasen statt. Eine Verbesserung konnte hinsichtlich der erlernten Fertigkeiten und beim Selbstwertgefühl festgestellt werden. Quantitativ konnten jedoch durch einen Prä-Post-Vergleich keine signifikanten Veränderungen ermittelt werden (vgl. ebd.).

Das Soziale Gruppentraining von BARRY et al. wurde für Kinder mit High-functioning-Autismus im Alter von sechs bis neun Jahren über einen Zeitraum von acht Wochen durchgeführt. Anhand

einer Evaluation bei drei durchschnittlich intelligenten Jungen und einem Mädchen ließ sich entnehmen, dass eine Optimierung der geübten Verhaltensweisen erreicht werden konnte. Jedoch bezog sich dieses nur auf die im Programm integrierte Spielzeit. Bezogen auf den Alltagsbereich konnten keine Verbesserungen festgestellt werden (vgl. JENNY 2010 189).

Eine erste randomisierte Kontrollgruppe wurde für die Evaluation eines Gruppentrainings verwendet. Zielgruppe des Trainings waren Jungen mit ASS im Alter von acht bis zwölf Jahren, die teilweise leicht kognitiv beeinträchtigt waren. Inhalt des Trainings waren das Erkennen und Verstehen von Emotionen, Gesprächskompetenzen, Theory of Mind sowie Exekutive Funktionen und Problemlösen. Für die Eltern wurde eine psychoedukative Gruppe angeboten. Unter Betrachtung des Vergleichs zur Warte-Kontrollgruppe, konnten bei den Kindern der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen der mimischen Emotionserkennung und der Problemlösefähigkeit erkannt werden. Unangebrachte Verhaltensweisen und auch der Depressionswert der Mütter verringerte sich bei den Kindern der Interventionsgruppe. Eine Verbesserung der Theory of Mind konnte nicht nachgewiesen werden (vgl. ebd. 190).

BAUMINGER entwickelte ein multimodales kognitiv-verhaltenstherapeutisches Sozialtraining für Kinder und Jugendliche mit High functioning Autismus und Asperger Syndrom. Für die Evaluation standen 26 Kinder zur Verfügung, davon wurden elf durch ein ähnliches Konzept in der Form der Einzelförderung unterstützt. Neben den Fortschritten in allen Bereichen, die geübt wurden, konnten Generalisierungseffekte, erkennbar werden. Aber eine Übertragung der erworbenen Fähigkeiten auf Alltagssituationen konnte auch bei diesem Verfahren nicht erreicht werden (vgl. ebd.).

Das Gruppentraining nach SOFROFF et al. wurde 2007 ebenfalls mit einer randomisierten Warte-Kontroll-Gruppe evaluiert. Das Trainingsverfahren vollzog sich über sechs Wochen. Eine Elterngruppe wurde parallel angeboten. Die Interventionsgruppe bestand aus 22 Jungen und zwei Mädchen und die Warte-Kontroll-Gruppe aus 21 Kindern. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe konnten mehrere Strategien für ein angemessenes Verhalten bei Provokationen benennen. Laut den Eltern reduzierten die Kinder während der Durchführungszeit, aber auch anschließend ihre Wutausbrüche. Des Weiteren berichten sie, dass die Kinder der Interventionsgruppe in ärgerlichen Situationen adäquatere Verhaltensweisen anwendeten (vgl. JENNY 2010 191 f.).

Für Jugendliche mit ASS im Alter von 13-18 Jahren führten TSE et al. mehrere Gruppentrainings zur Förderung der sozialen Kompetenz durch. Zum ersten Mal wurde eine Evaluationsstudie mit einer deutlich größeren Stichprobe durchgeführt. Die Förderung bezog sich auf einen Zeitraum von zwölf Wochen und einer Teilnehmerzahl von sieben bis acht Personen pro Gruppe. Das Konzept sieht es vor, dass jede Woche eine neue soziale Fertigkeit, wie z.B. Blickkontakt, Höflichkeit, Aufrechterhalten einer Konversation usw. vermittelt wird. Die Evaluationsstudie an einer klinischen Stichprobe von 46 Teilnehmern aus sechs Gruppen beinhaltet einen Prä-Post-Vergleich bezüglich der Angaben durch die Eltern und den Teilnehmern. Aus der Evaluation konnte eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen, auch wenn dies die Eltern verhaltener bewerteten als die Jugendlichen, erkenntlich werden. Eine Übertragung der gelernten Fähigkeiten in der Gruppe auf Alltagssituationen wurde deutlich. Auch ein Generalisierungseffekt konnte nachgewiesen werden.

So reduzierten sich problematische Verhaltensweisen wie Stereotypen, Ängste, Probleme der Affektregulation, selbstverletzendes Verhalten und die Neigung zum sozialen Rückzug (vgl. JENNY 2010 192).

Eine Studie aus dem deutschsprachigen Raum bezieht sich auf das Konzept „KONTAKT.“ Das verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Gruppentraining von HERBRECHT sieht eine Förderung der sozialen Kompetenzen für Kinder und Jugendliche im Alter von acht bis 19 Jahren vor. Das Konzept bezieht sich insbesondere auf eine Förderung der Emotionserkennung und eine Förderung der Fremd- und Eigenwahrnehmung. Auch das Erlernen einer Kontaktaufnahme, das Einhalten von sozialen Regeln, das Erarbeiten von Konfliktlösestrategien usw. finden ihre Anwendung im Rahmen des Förderangebotes. Das Ergebnis der Evaluationsstudie belief sich wiederum auf positive Ergebnisse. Es konnte übereinstimmend eine Verbesserung der Kompetenzen und eine Reduzierung der typischen autismusbedingten Verhaltensweisen entnommen werden. Des Weiteren wurde aus der Studie sichtbar, dass ein Zusammenhang zwischen der Höhe des Zuwachses der sozialen Kompetenzen und der Intelligenz sowie der Sprachfähigkeit bestand. Dabei konnten Personen mit einer geringeren Intelligenz einen größeren Zuwachs im Bereich des Alltagsverhaltens gewinnen (vgl. JENNY 2010 194).

### 5.1.5 Zusammenfassung unter kritischer Reflexion

Wo liegen die Chancen als auch Grenzen eines Sozialtrainings. Dieses soll im Folgenden beleuchtet werden.

SOKO-Autismus berücksichtigt eine *individuell ausgerichtete Förderung*. Eine individuelle Förderung kann sowohl im Einzel- als auch im Gruppenangebot ermöglicht werden. Ein Sozialtraining bietet wie das TEACCH-Konzept zunächst einmal einen Rahmen für die Förderung. Der Förderinhalt orientiert sich an den einzelnen (Gruppen-)teilnehmern. Daraus ergeben sich individuelle Lernziele. Durch diverse individuell angepasste Spielmaterialien und Lernsituationen soll die Umsetzung der Lernziele dann ermöglicht werden. Das Sozialtrainingskonzept SOKO-Autismus basiert auf dem TEACCH-Ansatz. So wie bei TEACCH wird bei SOKO-Autismus der Individualisierung einen besonderen Stellenwert eingeräumt.

SOKO-Autismus kann in einem *flexiblen* Kontext angeboten werden und schränkt die *persönliche Entfaltungsfreiheit* nicht ein. Dadurch, dass dem Konzept SOKO-Autismus keine Vorgaben über die Vorgehensweise zugrunde liegen, sondern sich der Förderinhalt an den individuellen Förderzielen orientiert, kann in diesem Zusammenhang besonders auf ein autonomes bzw. selbstbestimmtes Handeln, auf Wünsche und Bedürfnisse sowie auf Ideen, Kreativität, Phantasie, Einstellungen, und Haltungen der individuellen Personen eingegangen werden. Ein Sozialtraining hat die Möglichkeit, ihre Förderung auf diverse Bereiche zu legen, da es ein großer Förderbereich abdeckt. SOKO-Autismus orientiert sich zwar am TEACCH-Ansatz, welcher mit Materialien zur Visualisierung und Strukturierung verbunden sind, generell kommt das Sozialtraining, im Vergleich mit anderen Konzepten, mit wenigen Materialien aus. Dadurch ergibt sich eine flexible



Handhabung des Konzeptes. Ein Sozialtraining bleibt nicht auf bestimmte Räumlichkeiten und Situationen beschränkt.

SOKO-Autismus und andere Sozialtrainingsverfahren liefern positive *Effekte*, auch wenn bislang nur wenige Forschungsergebnisse vorhanden sind. Die Effektivität der Konzepte für ein Soziales Kompetenztraining ist bisher wissenschaftlich noch wenig untersucht. Bei einigen Konzepten bemüht man sich, eine wissenschaftliche Fundierung zu erreichen. Zu den nichtevaluierten Gruppen gehören auch die „Social Skills Groups“ nach dem TEACCH-Ansatz und somit auch „SOKO Autismus“. Auf einer wissenschaftlich fundierten Basis können in diesem Zusammenhang der Konzepte nach dem TEACCH-Ansatz keine Auskünfte darüber gegeben werden, wie effektiv eine Förderung nach einem solch entsprechenden Konzept tatsächlich ist (vgl. JENNY 2010 198). Aussagen über die Wirksamkeit werden aktuell hauptsächlich über Erfahrungsberichte gemacht. Aus der Literatur sind überwiegend Erfahrungsberichte mit positiven Rückmeldungen bezüglich des Gruppentrainings zu entnehmen. So kommt JENNY zusammenfassend ebenfalls zu der Ansicht, dass sich die sozialen und kommunikativen Kompetenzen durch ein Soziales Kompetenztraining von Kindern und Jugendlichen mit ASS positiv beeinflussen lassen und die Teilnehmer das Gelernte auch teilweise in anderen Situationen anwenden können. Fünf Studien können einen solchen Transfer nachweisen (vgl. ebd.).

Auch wenn bislang noch Nachholbedarf hinsichtlich einer wissenschaftlich fundierten Evaluation bezüglich der Effektivität vieler Konzepte zur Förderung der sozialen Kompetenz im Rahmen eines Gruppenangebotes besteht, überzeugen vielerlei Erfahrungsberichte von Teilnehmern, Eltern und Therapeuten bzw. Pädagogen. Durch ein soziales Gruppentraining erfahren Kinder und Jugendliche, aber auch Erwachsene mit ASS, dass es ebenfalls andere Personen mit ähnlichen Sorgen und Problemen gibt. Sie helfen das Selbstwertgefühl und das Selbst-Konzept insgesamt aufzubauen, vermitteln Akzeptanz und Verständnis. Ebenso dient es dem Aufbau von Verhaltensregeln und autismspezifische Verhaltensweisen lassen sich durch dieses Training reduzieren.

SOKO-Autismus geht auf den sozial-kommunikativen *Förderschwerpunkt* ein und ermöglicht eine Integration *weiterer Förder- und Therapiekonzepte*. Das Sozialtrainingskonzept SOKO-Autismus steht bereits in Verbindung mit dem TEACCH-Ansatz. Auch mit anderen Förder- und Therapiekonzepten, wie zum Beispiel PECS und FC lässt sich das Verfahren kombinieren. Für gezielte *Förderschwerpunkte* (Theory-of-Mind, Erklärung sozialer Situationen, Beziehungsförderung...) können die entsprechenden Methoden des Theory-of-Mind-Trainings, der Social Stories, der AIT usw. in das Sozialtraining einbezogen werden. Neben der Förderung eines angemessenen Sozialverhaltens bietet ein Sozialtraining die Möglichkeit auf die Kommunikation in Alltagssituationen einzugehen. Ein Vorteil liegt bei diesem Konzept darin, dass die Zielgruppe eines Sozialtrainings sehr weit gefasst werden kann. Prinzipiell kann jede Person mit ASS von einem Sozialtraining profitieren. Sogar im Kontext mit heterogenen bzw. integrativen Gruppen können Sozialtrainings durchgeführt werden.

SOKO-Autismus legt im Vergleich zu anderen Sozialtrainingsverfahren Wert auf eine *Generalisierung und auf eine Übertragung des Gelernten auf den Alltag*. Eine Generalisierung des Gelernten scheint sich jedoch meist schwierig, zu gestalten. „SOKO Autismus“ berücksichtigt eine Übertragung der gelernten sozialen Fähigkeiten in den alltäglichen Lebenszusammenhang schon bei der Planung und beim Ablauf des Gruppenangebots. Um die Schwelle des Transfers möglichst gering zu halten, bezieht das Konzept, Lernaufgaben in einem natürlichen Lernarrangement ein. Letztlich garantiert aber dieses Vorgehen nicht, dass der gelernte Inhalt auf die diversen Lebensbereiche bezogen werden kann. Eine personelle Unterstützung sollte hierbei auch im Alltag zum Einsatz kommen. In der Regel sehen die Konzepte zur Förderung der sozialen Kompetenz hier keine Begleitung durch die Pädagogen oder Therapeuten vor. Manche Konzepte beziehen allerdings die Eltern durch eine Beratung oder Angebote der Psychoedukation in ihre Arbeit mit ein. Der Vorteil liegt darin, dass diese genau an dem Punkt der Übertragbarkeit ansetzen können. Die Eltern können dementsprechend mit den Kindern lernen bzw. ihnen dabei eine Unterstützung bieten, wie sie behandelte Themen in den Alltag übertragen können.

Die *Organisation und Umsetzung* des Sozialtrainings SOKO-Autismus überfordern die Teilnehmer hinsichtlich der Förderintensität nicht. Je nach Gruppengröße und nach individuellem Förderbedarf orientiert sich die Anzahl der Betreuungskräfte. Bei SOKO-Autismus findet ein Gruppentreffen alle zwei Wochen statt. Das entspricht 18-20 Gruppensitzungen pro Jahr. Pro Gruppensitzung stehen 120 Minuten zur Verfügung. Ein Mitarbeiter betreut in der Regel zwei Teilnehmer. Jedes Gruppentreffen verfolgt einen Ablauf mit festen Programmpunkten, die mit wechselnden Inhalten ausgestattet werden. Es stellt sich die Frage, ob ein Gruppentreffen, das alle zwei Wochen stattfindet ausreichend ist. Ratsam wäre ein wöchentliches Treffen, um das Gelernte zu intensivieren und stärker zu verankern.

Die *Eltern* werden in einem angemessenen Maße in die Förderung eingebunden. Eine Einbindung in die Therapeutenrolle ist bei keinem Sozialtrainingskonzept gegeben. Gelerntes soll jedoch von den Eltern in den Alltag (mit-)transferiert werden. Die Verschiedenen Konzepte bieten in unterschiedlicher Form eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern und psychodukative Veranstaltungen an. Auch wenn bei SOKO-Autismus keine spezielle Anleitung der Eltern bezüglich der Förderinhalte geschieht, so stehen die Therapeuten in einem kontinuierlichen Austausch mit den Eltern.

Das integrative Ziel wird bei vielen Konzepten des Sozialen Kompetenztrainings, auch bei „SOKO Autismus“, zu wenig verfolgt. Einige Förderkonzepte heben den Aspekt eines integrativen Gruppenangebotes hervor. Ein solches Setting würde viele Chancen für den Erwerb angemessener Verhaltensweisen über das Lernen am Modell ermöglichen. Kinder und vor allem Jugendliche ohne Behinderung sind aus vielerlei Hinsicht (Vorbehalte, Ängste usw.) schwer für ein Gruppentraining für Menschen mit einer Behinderung zu mobilisieren. „SOKO Autismus“ beschreibt zwar, welche Bedingungen für ein integratives Setting günstig sind, um erfolgreich integrativ zu arbeiten. HÄUSSLER et al. realisieren diesen Aspekt bei ihrem Gruppenangebot selber

jedoch nicht. Eine Realisierung eines integrativen Angebots ist aus organisatorischen Gründen und aus einer mangelnden Bereitschaft an Teilnehmern schwer zu erreichen. Von dieser Tatsache sollte man sich jedoch nicht abhalten lassen, die Bemühungen um ein integratives Angebot umzusetzen. Zu groß sind nach Ansicht des Verfassers die Chancen, die sich aus einem solchen Lernarrangement für Kinder und Jugendliche mit ASS ergeben.

Betrachtet man das Angebot des Sozialen Kompetenztrainings in der Gruppe insgesamt, bietet dieses eine große Chance für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ASS. Dem Ziel einer selbständigen und selbstbestimmten Teilhabe an der Gesellschaft kommt man durch ein solches Trainings näher, indem sozial-kommunikative Grundlagen mit Hilfe von zahlreichen Methoden in einem überzeugenden, möglichst individuell ausgerichteten Rahmen gelernt werden. Nachholbedarf besteht bezüglich des Nachweises der Effektivität beim Konzept SOKO-Autismus.

## 5.2 Ergänzende und integrierende Sozialtrainingskonzepte

### 5.2.1 Social Stories / Comic-Strip-Convention

#### 5.2.1.1 Vorstellung des Konzeptes „Social Stories“ / „Comic-Strip-Convention“

An dieser Stelle sei ein Konzept erwähnt, das hauptsächlich in Verbindung mit anderen Verfahren angewandt wird. Das Konzept der „Social Stories“ und die „Comic Strip Convention“ stellen vielmehr eine Ergänzung zu diversen anderen Methoden dar (vgl. WEISS 2002 203 f.).

Carol GRAY entwickelte die Methode in den 90er Jahren in erster Linie für Menschen mit ASS. MATZIES beschreibt das Verfahren folgendermaßen: *„Eine Social Story nach Carol Gray beabsichtigt, soziale Situationen, Kompetenzen oder Konzepte so zu beschreiben, dass sie für autistische Menschen verständlich sind. Dabei werden deren Wahrnehmungsbesonderheiten berücksichtigt, indem abstrakte oder komplexe soziale Sachverhalte in anschauliche, kleine Einheiten aufgespalten werden“* (MATZIES 2010 51). Im Vordergrund stehen bei diesem Konzept nicht die Analyse des Verhaltens, sondern der Abbau des (problematischen) Verhaltens durch kleinschrittiges Vorgehen und der Aufbau eines adäquaten Verhaltens durch Verhaltensbeschreibungen und –anweisungen. Das unerwünschte Verhalten und das Zielverhalten werden genau definiert und die Auftretenshäufigkeit der Verhaltensweisen wird gemessen. WEISS ist deshalb der Ansicht, dass das hier vorgestellte Konzept in Verbindung mit der Verhaltenstherapie steht bzw. sich das Konzept auf Elemente der Verhaltenstherapie bezieht (vgl. WEISS 2002 204). Ziel dieses Konzeptes ist es also ein spezielles Problemverhalten so durch relevante Texte und bildlichen Darstellungen darzustellen, dass ein Zuwachs an sozialen Interaktionsmöglichkeiten bezüglich dieses Verhaltens erreicht wird. Für die individuelle Ausrichtung eines Textes der Social Story gibt GRAY vier Satztypen vor, die das Bild zur Geschichte bestimmen.

1. Deskriptive Sätze	Gerüst der Social Story: wahrheitsgetreue, nicht bewertende Aussagen über Fakten. Identifikation relevanter Faktoren einer Situation.	Beispiel: „Während der Pause spielen die Schulkinder auf dem Pausenhof.“
2. Perspektivische Sätze	Bezug auf inneren Zustand einer Person und dessen Beschreibung. (Gedanken, Gefühle, Meinungen...)	Beispiel: „Viele Kinder freuen sich auf Weihnachten“

3. Direktive Sätze	Absichten und Willenserklärungen. Sätze müssen wort-wörtlich verstehbar sein: Satzanfänge wie „Ich werde...“ oder „Ich arbeite an...“ verwenden.	Beispiel „Ich werde mich bei den Hausaufgaben nur auf diese konzentrieren.“
4. Bekräftigende, affirmative Sätze	Bestärkung oder Bejahung eines Sachverhaltes („Das ist gut“ oder „Das ist toll“). Folgen den anderen Satztypen.	Beispiel: „Ich werde langsam sprechen, das ist verständlicher.“

(vgl. POUSKA et al. 2008 137)

Die Häufigkeit eines jeden Satztypes wird vorher festgelegt. Auf jeden direktiven Satz folgen 2-5 deskriptive, perspektivische und/oder affirmative Sätze (vgl. MATZIES 2006 16).

Zu den vier Satztypen können zwei weitere verwendet werden (vgl. POUSTKA et al. 2008 137 f.):

5. Kontrollierende Sätze	Helfen schwierige Situationen beherrschbar zu machen.	Beispiel: „Wenn ich geärgert werde, sage ich dieses meinem Lehrer.“
6. Kooperative Sätze	Unterstützungsmöglichkeiten werden in die Geschichte eingebaut.	Beispiel: Wenn ich eine Aufgabe nicht verstehe, frage ich einen Mitschüler.“

In Verbindung mit dem Konzept der „Social Stories“ steht das Verfahren der „Comic Strip Convention“. MATZIES beschreibt das Konzept wie folgt: *„Comic Strip Conventions (Unterhaltung nach Art von Comic Strips) nach Carol Gray sind Unterhaltungen zwischen zwei oder mehreren Leuten, die mithilfe von einfachen Zeichnungen veranschaulicht werden. Dabei kommen vorrangig die Merkmale zum Tragen, die in Unterhaltungen zwischen Menschen normalerweise subtil und für autistische Menschen kaum nachvollziehbar ablaufen. In Comic Strip Conventions können Gedanken, Gefühle und Absichten anderer Menschen mithilfe von dafür geeigneten Symbolen und Farben verdeutlicht und somit gezielt erarbeitet werden“* (MATZIES 2010 54).

Für die Illustration der Unterhaltung werden verschiedene Symbole eingesetzt: Sprechblasen, Gedankenblasen, sich überkreuzende Sprechblasen (= Unterbrechen), große Wörter für laute Wörter sowie kleine geschriebene Wörter für leise gesprochene Wörter, Sprechblase, die aus dem Mund einer Figur kommt und mit einem Pfeil in das Ohr einer anderen Person mündet (= Zuhören) und individuelle Symbole, die für Personen, Orte und Ereignisse festgelegt werden (vgl. MATZIES 2010 54). Die Unterhaltung und das Thema werden durch Fragen initiiert. Auf diese Fragen, antwortet der Befragte mit dazu passenden Zeichnungen. Leitende Fragen sind (vgl. ebd.):

- „Wo bist du?“ (Person wird gezeichnet)
- „Wer ist noch da?“ (Weitere Person wird gezeichnet)
- „Was machst du?“ (Handlungen und relevante Objekte werden gezeichnet)
- „Was macht die andere Person?“
- „Was hast du gesagt?“ (Sprechsymbole werden gezeichnet)
- „Was hat die andere Person gesagt?“
- „Was hast du gedacht, als du das gesagt hast?“ (Denksymbol wird gezeichnet)
- „Was haben die anderen deiner Meinung nach gedacht, als sie das gesagt haben?“

Um die Emotionalität in der Unterhaltung zu differenzieren und zu verstärken, schlägt Gray bestimmte Farben für die diversen Gefühlslagen vor: rot = ärgerlich, unfreundlich, grün = glücklich,

freundlich, blau = traurig, braun = angenehm, lila = stolz, gelb = ängstlich, schwarz = Fakten, orange = Fragen, Kombination aller Farben = Verwirrung (vgl. ebd.).

Mittels der Comic Strip Convention soll ein Gleichgewicht zwischen dem Einholen wichtiger Informationen aus der Sicht des Betroffenen und dem Vermitteln sozialer relevanter, akkurater Informationen realisiert werden (vgl. MATZIES 2006 17).

#### **5.2.1.2 Zusammenfassung unter kritischer Reflexion**

Das junge Förderkonzept wurde noch nicht ausreichend wissenschaftlich abgeklärt. Aussagen über die Effektivität des Konzeptes der Social Stories können also nicht adäquat geliefert werden. Insgesamt lässt sich im deutschsprachigen Raum wenig Literatur über diese Ergänzungsmethode finden. Eine flächendeckende Anwendung des Konzeptes scheint noch nicht vorhanden zu sein.

Das Konzept lässt sich nicht bei allen Menschen mit ASS anwenden. Ein Mindestmaß an Aufmerksamkeit und ein bestimmtes Sprachverständnis (vgl. WEISS 2002 207) sind Voraussetzungen, welche Menschen mit ASS mitbringen müssen, damit die Anwendung des Konzeptes überhaupt realisiert werden kann. Damit spricht das Konzept vor allem Menschen mit Asperger-Syndrom und Personen mit High-functioning-Autismus an.

Einschränkungen hinsichtlich der persönlichen Entfaltungsfreiheit sind durch dieses Konzept nicht gegeben. Die Methode muss gezielt eingesetzt werden und bedarf Vorüberlegungen bezüglich der Vermittlung der Geschichte. Eine spontane Umsetzung ist nicht einfach zu realisieren. Der personelle, materielle und zeitliche Aufwand ist gering und die Methode der Social Stories ist einfach zu verstehen, so dass Fehlinterpretationen weitgehend vermieden werden können. Vorrangig zielt das Konzept auf die Förderung des Sozialverhaltens ab. Eine Kommunikationsförderung kann gut integriert werden. Die Generalisierung eines gelernten Verhaltens auf eine andere Situation kann erschwert sein (vgl. ebd. ff.). Eine weitergehende Begleitung, welche die Übertragung des Gelernten auch auf andere Situationen unterstützt, bleibt ein nicht zu vergessender Bestandteil. Eine Unterstützung durch die Eltern ist hier sinnvoll. Sie selbst können das Konzept auch umsetzen.

Positiv anzumerken ist, dass sich das Konzept auf die visuellen Fähigkeiten, stützt. Mit Hilfe von Bildern lassen sich für diesen Personenkreis Problemzusammenhänge, Interaktionen, Verhaltensweisen und andere zwischenmenschliche Situationen nachvollziehbar machen.

Im Kontext der Schule bietet das Konzept die Möglichkeit, in den Unterricht integriert zu werden. Für SchülerInnen mit ASS können somit Social Stories zum Beispiel im Deutschunterricht zum Unterrichtsgegenstand werden.

Insgesamt stellt das Förderkonzept der Social Stories eine gute Ergänzung zu anderen Interventionsmethoden dar. Nicht für jede Person mit ASS ist das Verfahren jedoch geeignet. Für autistische Menschen mit einem entsprechend hohen Kognitionsniveau, scheint das individuell angepasste Konzept Erfolg versprechend zu sein, um komplexe Sachverhalte zu thematisieren und diesbezüglich eine Verhaltensmodifikation zu erreichen. Eine Unterstützung und Begleitung zur Übertragung des Gelernten auf diverse reale Situationen ist dabei unerlässlich.

## **5.2.2 Theory-of-Mind-Training**

### **5.2.2.1 Vorstellung des Konzeptes „Theory-of-Mind-Training“**

Gefühle, Gedanken, Empfindungen, Ansichten, Bedürfnisse, Ideen, Erwartungen und Kenntnisse über bestimmte Sachverhalte (vgl. SCHIRMER 2010 47) anderer Personen zu erkennen, also die Fähigkeit Sich-in-andere-hineinversetzen zu können, um psychische Zustände anderer Personen zu deuten, scheint vielen Menschen mit ASS besondere Probleme zu bereiten (vgl. WEISS 2002 196). Durch das Sally-Anne-Experiment konnte diese Beeinträchtigung bei Menschen mit ASS u.a. ausfindig gemacht werden (vgl. ebd.).

Das Training der Theory-of-Mind zielt demnach auf eine Förderung in diesem Bereich ab. Das benannte Konzept stellt keine Therapie, sondern vielmehr ein Trainingsverfahren dar, das die autistypischen Defizite auf der Grundlage der Theorie (theorie of mind nach FRITH, BARON-COHEN und LESLIE) durch entsprechende Übungen positiv beeinflussen möchte (vgl. ebd. 195) und im Kontext eines Sozialtrainings steht. HOWLIN, BARON-COHEN und HADWIN entwickelten ein Trainingsprogramm, welches dazu beitragen soll, dass Menschen mit ASS soziale Aspekte besser einschätzen können und dadurch eine Grundlage erhalten, sich sozial angemessener zu verhalten (vgl. MATZIES 2006 18). Das Programm „Teaching Children With Autism to Mind-read“ wurde für Kinder mit High-Functioning-Autismus, Asperger-Syndrom und für andere Menschen mit ASS, welche über ein verhältnismäßig höheres Kommunikationsniveau verfügen, konzipiert (vgl. POUSTKA et al. 2008 138). Die Förderung bezieht sich hauptsächlich auf Kinder im Alter von vier bis 13 Jahren (vgl. MATZIES 2006 19).

Durch ein kleinschrittiges Vorgehen bzw. das Aufteilen eines komplexen Verhaltens in einzelne kleine Schritte wird die Förderung durchgeführt. Das Trainingsprogramm beinhaltet fünf Stufen des Lernens mentaler Zustände (vgl. ebd. 18). Die aufeinander aufbauenden Übungseinheiten beziehen sich auf das Erkennen von Emotionen in Fotografien, in schematischen Darstellungen, situativen Emotionen, Wünschen und Überzeugungen (vgl. POUSTKA et al. 2008 138) bis hin zu symbolischen Spielen und Aufgaben zu glaubensbasierten Emotionen und falschen Überzeugungen (vgl. MATZIES 2006 18). Beim Durchlaufen des Trainingsprogramms müssen Gesichtsausdrücke gedeutet und die entsprechende Mimik einem Gefühlsausdruck, wie Ärger, Trauer, Freude und Angst zugeordnet werden. Auch das Verständnis, dass Gefühle durch Situationen und Erwartungen gesteuert werden, Sachverhalte aus der Sicht anderer Personen gesehen werden und Hypothesen über das Wissen und über die Gedanken anderer Personen aufgestellt werden können, sind Lernprozesse, welchen die Kinder beim Durchlaufen des Förderprogrammes begegnen (vgl. POUSTKA et al. 2008 139). Die Förderung kann mit Hilfe eines Bearbeitungsheftes „Teaching Children with Autism to Mind-Read: The Workbook“ durchgeführt bzw. unterstützt werden. MATZIES ist der Ansicht, dass der FEFA (Frankfurter Test und Training des Erkennens von fazialem Affekt) eine weitere Zusatzoption für die ergänzende Förderung der Theory-of-Mind darstellt (vgl. MATZIES 2008). Der FEFA ist ein Test- und Trainingsverfahren, welches sich auf ein Computerprogramm stützt. Mit diesem soll die Fähigkeit zum Erkennen von Gesichtsausdrücken mit emotionalem Gehalt geprüft und trainiert werden (vgl. POUSTKA et al.

2008 139). Das Trainingsprogramm bezieht sich auf Bilder von Gesichtern und Augenpaaren, die am Bildschirm präsentiert werden. Bei falschen Antworten kann eine Information über die Beschreibung der Emotion, über die Charakteristika der Mimik und über die Situation, in der die Emotion gezeigt wird, abgerufen werden. Comiczeichnungen, welche eine entsprechende Situation verdeutlichen, können zusätzlich aktiviert werden (vgl. ebd.).

#### **5.2.2.2 Zusammenfassung unter kritischer Reflexion**

Das „Theory-of-Mind-Training“ ist ebenfalls eine junge Trainingsmethode. Dementsprechend gibt es bislang nur wenig Literatur, welche das Programm umfassend und kritisch betrachtet. Die Effektivität des Konzeptes konnte noch nicht eindeutig nachgewiesen werden. Wissenschaftliche Untersuchungen befassten sich mit der Wirksamkeit des Trainingsprogramms, kamen aber zu keinen eindeutigen Ergebnissen. Mittels eines Kontrollgruppentestverfahrens konnte jedoch festgestellt werden, dass sich durch ein Training eine Verbesserung in Bezug auf die Testfragen ergab. Eine Generalisierung auf reale Situationen blieb jedoch aus. Eine Verbesserung der Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzuversetzen, konnte also nicht eindeutig nachgewiesen werden (vgl. WEISS 2002 200 ff.). So lange keine eindeutigen Aussagen über die Effektivität des Konzeptes bestehen, bleibt es fragwürdig, ob dieses Training angewandt werden soll. Erst wenn nachgewiesen ist, dass dieses Förderverfahren eine positive Wirkung bezüglich einer Verhaltensmodifikation ermöglicht und somit Menschen mit ASS die Theory-of-Mind vermittelt, kann dieses in der pädagogischen oder psychotherapeutischen Praxis sicher und seriös angewandt werden. Die Anwendung und die Verbreitung des Konzeptes bleiben deshalb von entsprechenden Ergebnissen zukünftiger Studien abhängig.

Unter der Annahme, dass sich das Förderkonzept positiv auf Kinder mit ASS auswirkt, bleibt dennoch der Bezug bzw. die Übertragung des Gelernten in reale Situationen ein wichtiger Bestandteil der Förderung. Durch ein bloßes Trainieren am Computer, durch Spiele oder mittels Arbeitsblätter bleibt das Gelernte isoliert. Erst durch die Übertragung in den Kontext alltäglicher Situationen kann es realisiert werden, die Theory-of-Mind adäquat einzuüben. Bei diesem Vorgang des Trainings müssen die Kinder mit ASS begleitet werden. Dieser Aspekt wird in der Theorie wenig berücksichtigt.

Die Übertragung des Konzeptes auf die Praxis stellt jedoch kein schwieriges Unterfangen dar. Für Pädagogen und Eltern ist das Förderverfahren leicht verständlich, so dass es mit den entsprechenden Arbeitsmaterialien, wie z.B. dem „Workbook“ einfach realisiert werden kann. Entsprechende Materialien können zudem selber gestaltet werden.

Ein individueller Zuschnitt auf die einzelne Person ist nur bedingt möglich. Die Förderung ist nicht so umfangreich, dass es die persönliche Entfaltung einschränkt. Neben dem TOM-Konzept können weitere Förder- und Therapieverfahren einbezogen werden. Wie das Social-Stories-Konzept kann dieses Konzept mit wenig personellem, zeitlichem und materiellem Aufwand umgesetzt werden.

Kann die Effektivität in der Zukunft nachgewiesen werden, stellt das Konzept für die Kinder mit ASS eine bedeutend große Chance dar. Dementsprechend könnten Kinder mit dieser Theory-of-

Mind-Kompetenz ausgestattet werden, welche eine zentrale Bedeutung für soziale Interaktionen und für ein sozial angemessenes Verhalten liefert. Ohne Nachweis der Effektivität bleibt bei einer solchen Förderung immer die Frage, ob die diese ihr Ziel beim Kind erreicht.

### **5.2.3 Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie**

#### **5.2.3.1 Vorstellung des Konzeptes „Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie“**

Ein wesentliches Kennzeichen der autistischen Störungen ist die Schwierigkeit, Beziehungen zu anderen Personen aufzunehmen (vgl. WEISS 2002 133). Die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie (AIT) setzt an dieser Symptomatik an. Eine Grundlage für weiterführende Interventionen soll durch dieses Verfahren erreicht werden, indem durch die AIT eine Beziehungsfähigkeit geschaffen wird. Die AIT gehört nicht eindeutig zu einem Sozialtraining. Eine Förderung der Interaktionsfähigkeit lässt sich jedoch vor allem im Rahmen des Sozialtrainings einbringen. Somit zeigt sich eine Anwendung der AIT in einem solchen Kontext besonders günstig und soll in diesem Zusammenhang erwähnt werden.

Dem Therapiekonzept liegt eine Theorie zur Informationsverarbeitung von Kindern mit Autismus, Schizophrenie und Psychosen zugrunde, die so genannte „Zwei-Prozess-Theorie der Informationsverarbeitung.“ Entwickelt wurde diese von HARTMANN und ROHMANN (vgl. WEISS 2002 135 f.).

Die AIT als ein Ansatz der Beziehungsförderung hat im Wesentlichen das primäre Ziel, Menschen mit ASS, Schizophrenie und anderen Psychosen hinsichtlich des Austausches mit der Umwelt zu befähigen (vgl. ebd.).

Das von HARTMANN und ROHMANN entwickelte Therapieverfahren bezieht sich im ersten Schritt auf die vom Kind ausgehenden Handlungen und Verhaltensweisen. Der Therapeut beobachtet diese aufmerksam. Legt das Kind eine kurze Pause ein, reagiert der Therapeut darauf. Er spiegelt nun das gezeigte Verhalten des Kindes, imitiert es in allem, was es gesagt und indem, wie es gehandelt hat (vgl. ebd.). Nicht wenige Kinder reagieren hierauf mit entgegenkommenden Verhaltensweisen, wie Näher kommen, Lautieren und Körperkontakt (vgl. KLAUß [www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user\\_upload/wp/klauss/Handlungskonzepte\\_Autismus.pdf](http://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user_upload/wp/klauss/Handlungskonzepte_Autismus.pdf) vom 10.08.2011 10 f.). Ziel des zweiten Schrittes ist es, einen wechselseitigen Austausch eines gezeigten Verhaltens zu ermöglichen und umzusetzen (vgl. ebd.). So können Stereotypen und selbstbezogene Verhaltensweisen in eine Interaktion aufgenommen werden (vgl. WEISS 2002 137). Das indirekte Spiegeln folgt im dritten Schritt. Verhaltensweisen werden synchron gespiegelt und kleine Variationen bezüglich der Zeit und der räumlichen Distanz eingebaut (vgl. KLAUß ([www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user\\_upload/wp/klauss/Handlungskonzepte\\_Autismus.pdf](http://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user_upload/wp/klauss/Handlungskonzepte_Autismus.pdf) vom 10.08.2011 11). Dieser Schritt zielt darauf ab, abweichendes Verhalten zu stoppen, gewünschtes Verhalten zu verstärken und dabei eine Interaktion einzugehen. Die „parallele Interaktion“ lässt sich auf den vorherigen Prozess aufbauen. Hierbei malt, tanzt, isst, spielt, etc. der Therapeut für sich. Eine Aufforderung an das Kind wird nicht ermöglicht (vgl. ebd.). Die Erwartung bezieht sich dabei auf die Imitation des Kindes, welche durch den Therapeuten veranlasst wird.



### 5.2.3.2 Zusammenfassung unter kritischer Reflexion

Die Aufmerksamkeits-Interaktions-Therapie bleibt bezüglich ihres Einsatzgebietes auf Deutschland beschränkt. Autismusforschung wird hierzulande wenig betrieben. Aus diesem Zusammenhang ergibt sich, dass die AIT nicht ausreichend wissenschaftlich überprüft wurde (vgl. WEISS 2002 138 ff.). Aussagen über die Wirksamkeit der AIT können demzufolge lediglich durch Erfahrungsberichte getroffen werden. In der Praxis konnte festgestellt werden, dass viele Kinder auf die Therapie ansprechen. So reagieren etliche Kinder mit der gewünschten Interaktion.

Die Zielgruppe ist ebenfalls ungenau definiert (vgl. ebd.). Diesbezüglich werden Kinder mit Autismus, Schizophrenie oder anderen Psychosen benannt. Kann das Verfahren jedoch bei allen Menschen des Autismus-Spektrums angewandt werden? Wohl kaum. Personen mit ASS, die über ein hohes kognitives Niveau (z.B. High-functioning-Autismus, Asperger-Syndrom) verfügen, lassen sich vermutlich weniger auf eine solche Interaktion ein, die durch Imitation gekennzeichnet ist und für sie auch leicht als „nachäffen“ missverstanden werden kann. Demzufolge bezieht sich die Therapie eher auf Menschen mit ASS, die ein niedrigeres Kognitionsniveau haben, welches mit problematischen Verhaltensweisen wie Stereotypien, Echolalien, zwanghaften und routinierten Handlungen etc. gekoppelt sein kann.

Für die Kinder stellt das Therapieverfahren keine große Anforderung dar. Ihr Engagement bezieht sich im Wesentlichen auf das Interesse für die imitierenden Handlungen und Verhaltensweisen des Gegenübers und der Bereitschaft, sich auf eine Interaktion einzulassen. Der Therapeut muss sich, wie bei jedem Förder- und Therapiekonzept, mit der zugrunde liegenden Theorie und der Therapieanwendung auseinandergesetzt haben, um ein zu rigides Vorgehen zu vermeiden. Das Verfahren ist allerdings nicht sehr komplex, so dass das Wissen um dieses relativ schnell erworben werden kann. Begünstigend kommt hinzu, dass die Therapie nicht auf bestimmte Materialien, Örtlichkeiten und auf eine bestimmte Zeit angewiesen ist und somit relativ flexibel angewandt werden kann.

Abschließend lässt sich das Konzept im individuellen Fall als Chance für Menschen mit ASS bezeichnen. Von einer Chance für alle Personen mit ASS kann aber nicht ausgegangen werden. Hierzu fehlt zum einen der wissenschaftliche Nachweis für die Effektivität der Therapie und zum anderen spricht das Konzept vermutlich Personen mit höherem Kognitionsniveau weniger an. Das Therapiekonzept bietet sich als Ergänzung an, da es eine Basis für die Anwendung weitere Interventionsverfahren ermöglichen kann.

## 6. Körperbezogene Verfahren am Beispiel der „Sensorischen Integrationstherapie“

Die Festhaltetherapie ist ein bekanntes Konzept, welches in der Diskussion um die Interventionsverfahren für Menschen mit ASS eher abzulehnen ist. Vielmehr soll der Blickpunkt in dieser Arbeit jedoch auf ein körperbezogenes Verfahren gelegt werden, welches zunehmend mehr in der Autismus-Therapie angewandt wird, die „Sensorische Integrationstherapie“. Ob dieses therapeutische Vorgehen einen chancenreichen Beitrag für Menschen mit ASS liefern kann, soll im Folgenden beleuchtet werden.

## 6.1 Sensorische Integrationstherapie

### 6.1.1 Einführung in das Konzept der Sensorischen Integrationstherapie

Die sensorische Integrationstherapie stellt ein Therapiekonzept dar, welches überwiegend in der Ergotherapie angewandt wird. Die Beschäftigungstherapeutin Jean AYRES entwickelte die sensorische Integrationstherapie in den 1970er Jahren. Nach AYRES läuft die sensorische Integration von Sinneseindrücken über Regelkreise, die durch innere und äußere Reize fortbewegt werden, ab. Diese lösen Reaktionen, die vor allem die motorische Handlung betreffen, aus.

Der Integrationsprozess wird u.a. durch das Vorwissen bzw. über das Gedächtnis und durch die Interpretation der wahrnehmenden Person beeinflusst. Dabei spielt die Rückmeldung über die Reaktion der Umwelt auf die eigene Handlung einen entscheidenden Faktor für den Lernprozess. Es entsteht ein Regelkreis zwischen Sensorik und Motorik. Ist diese Verarbeitung der Sinneseindrücke gestört, hat dies Auswirkungen auf die Handlungsplanung und das Verhalten insgesamt. Dadurch werden kognitive und konzeptionelle Lernvorgänge beeinträchtigt. Durch die Sensorische Integrationstherapie sollen durch einen gezielten Einsatz von Reizen, die Verarbeitung und die Integration von Sinneseindrücken optimiert und damit die Planung und Organisation von adaptivem Verhalten gefördert werden (vgl. KARCH et al. 2003 218).

AYRES nimmt eine Unterteilung der sensorischen Integrationsstörung in vier Bereiche vor:

1. Störung bezüglich des Gleichgewichtsinns	2. Taktile Abwehr	3. Entwicklungsbedingte Apraxie	4. Störungen der visuellen Wahrnehmung, des Hörens und der Sprache	(vgl. WEISS 2002 180)
---	-------------------	---------------------------------	--	-----------------------

HELBIG merkt hierbei an, dass bei Kindern mit ASS vor allem eine taktile Abwehr und eine Störung der Stellungs- und Bilateralintegration bestehen (vgl. ebd.).

Obwohl das Konzept heute zu einem der meist angewandten Therapieverfahren für Menschen mit ASS in Deutschland und in Amerika gehört, wurde es zunächst nicht für diese Zielgruppe konzipiert. AYRES entwickelt das Konzept vorrangig für Kinder mit Lernschwierigkeiten. Wie bei den Kindern mit einer Lernstörung, liegen die Probleme auch bei Menschen mit ASS in einem Mangel bei der Verarbeitung sensorischer Stimuli. AYRES benennt drei Möglichkeiten für eine ungenügende Sensorische Integration (WEISS 2002 181):

Autismus als Folge einer gestörten Verarbeitung von Sinnesreizen: zu schwache oder zu starke Verarbeitung der Reize. Es kann kein Gleichgewicht hergestellt werden	Reizeindrücke, die über das Gleichgewichtsorgan, über Haut, Muskeln oder Gelenke aufgenommen werden, erreichen nicht das Bewusstsein. Daraus resultiert eine fehlende Ich-Entwicklung	Therapeutische Hilfestellungen für eine bewusste Aufnahme von mehr Sinneseindrücken verbessern sinnliche Wahrnehmungsverarbeitung, Anpassungsreaktionen und Verhalten
--	---	---

Lern- und Verhaltensstörungen gelten als Folge von Störungen in der sensorischen Integration. Die Ursache für Lernstörungen soll demnach auf eine fehlerhafte Aktivität des Zentralnervensystems zurückzuführen sein. Die neurologischbasierte Theorie dieses Konzeptes gilt als nicht wissenschaftlich abgesichert. Sie setzt sich aus Beobachtungen und Untersuchungen

aus der Verhaltensforschung und aus Aspekten der Grundlagenhirnforschung zusammen. Nicht geklärte Lücken wurden mit Vermutungen begründet (vgl. WEISS 2002 178 ff).

Als Ziel hinsichtlich der sensorischen Integrationstherapie bei Kindern mit ASS, sieht AYRES eine Verbesserung der sinnlichen Wahrnehmungsverarbeitung, so dass mehr Sinneseindrücke bewusst aufgenommen und an die Situation des Nervensystems angepasst werden können (vgl. ebd. 182).

Über somatosensorische Aktivierung und vestibuläre Reize soll mit Hilfe der Sensorischen Integrationstherapie motorisches Verhalten ausgelöst werden (vgl. FREITAG (2008) 143).

Durch die Sensorische Integrationstherapie wird das zentrale Nervensystem stimuliert, so dass dieses besser mit externen Reizen umgehen kann und die Reize besser moduliert und integriert werden können. Dieses soll die Basis für weitere adaptive Verhaltensweisen und komplexeres Lernen ermöglichen (vgl. ebd.).

## **6.1.2 Durchführung der Sensorischen Integrationstherapie**

### **6.1.2.1 Indikation**

Auf Grund einer diagnostizierten Symptomatik erfolgt eine Behandlung nach der Sensorischen Integrationstherapie. Solche klinischen Symptome können motorische Ungeschicklichkeit, Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Lernstörungen sein. Diese Symptome lassen sich über Beobachtungen im Alltag oder über den „Sensorischen Integrations- und Praxistest“ ermitteln. Ziel soll es sein, Informationen über die Erscheinungsbilder der sensorischen Integrationsstörung und mögliche Folgeerscheinungen zu erhalten. Zu den Folgeerscheinungen gehören die sensorische Modulationsstörung (Abwehrreaktionen gegenüber Bewegungen, Schwerkraftunsicherheit und taktile Abwehr) und die sensorische Diskriminationsstörung (schwaches taktilen Diskriminationsvermögen) (vgl. KARCH et al. 2002 18).

Die Therapie läuft in einem offenen und spielerischen Rahmen ab. Dem Kind wird soviel Eigenständigkeit über die Behandlung übertragen, wie es bewältigen kann und solange aufrechterhalten, wie seine Tätigkeit einem therapeutischen Ziel folgt. Dem Therapeuten kommt die Rolle des Beobachters zu. Er überwacht die Umgebung und die Spielgeräte, während das Kind seine eigenen Aktionen in der ihm möglichen Art und Weise durchführt (vgl. WEISS 2002 183). Ein direkteres Vorgehen bei der Sensorischen Integrationstherapie sei bei Kindern mit ASS gegeben, so HOWLIN. Er begründet dieses mit Verhaltensmerkmalen bei Menschen mit ASS wie z.B. der Angst vor Neuem, einem generellen Desinteresse und einer Antriebsarmut (vgl. ebd.).

Eine sensorische Integrationsleistung kommt dann zu Stande, wenn auf einen ausgelösten Stimulus eine entsprechende Anpassungsreaktion folgt. Dies geschieht unter der Voraussetzung, dass sich das Kind mit seiner Umwelt auseinandersetzt. In diesem Kontext soll die Sensorische Integrationstherapie durch adäquate Stimuli einzelne Fertigkeiten und Funktionen verbessern und weitere Entwicklungsschritte einleiten. Des Weiteren sollen sich die sensorischen Stimuli auf die ganze Hirntätigkeit ausbreiten, so dass sensorische und neurologische Funktionen wechselnd aufeinander ein- und zusammenwirken (vgl. KARCH et al. 2002 18).

Die Anwendung der Therapie erstreckt sich auf ca. 1-3 Therapiestunden pro Woche und wird, je nach Bedarf, in einem Zeitraum von mehreren Wochen bis Jahren angewandt. Gewöhnlicherweise finden die Therapieeinheiten in einer Eins-Zu-Eins-Konstellation statt (vgl. FREITAG 2008 144).

### 6.1.2.2 Diagnostisches Vorgehen

Das Konzept der Sensorischen Integrationstherapie beinhaltet ein eigenes Testverfahren nach AYRES, die „Sensorischen Integrations- und Praxistests“ (SIPT). Diese Testbatterie kann für die Diagnostik sensorisch-integrativer Leistungen bei Kindern im Alter von 4,0 bis 8,11 Jahren und mit einer Intelligenz im Normalbereich, angewandt werden. PARHAM et al. stellten jedoch fest, dass der Test für Kinder mit ASS in den Bereichen Praxie und sensorische Perzeption signifikante Schwierigkeiten darstellt (vgl. MAILLOUX 2004 405). Die Tests überprüfen spezifische Fähigkeiten der sensorischen Integration.

Für die Überprüfung der propriozeptiv-verstibulären Verarbeitung stehen sechs Tests zur Verfügung. Sie beziehen sich auf die Inhalte Kinästhesie, Finger-Identifikation, Graphästhetik, Lokalisation taktiler Stimuli, postrotatorischer Nystagmus und Balance beim Stehen und Gehen. Sechs weitere Tests beziehen sich auf die visuelle Wahrnehmung und Visuomotorik (Raumvisualisierung, Figur-Grund-Wahrnehmung, Manuelle Formwahrnehmung, Motorische Genauigkeit, Muster kopieren). Die bilaterale Integration und das Sequenzieren kann über sieben Tests ermittelt werden. Dabei wird die orale Praxie, sequentielle Praxie, Graphästhesie, Gleichgewicht beim Stehen und Gehen und die bilaterale motorische Koordination überprüft. Zur Ermittlung der Praxie bietet AYRES sechs Tests mit dem Inhalt Muster kopieren, konstruktive Praxie, posturale Praxie, Praxie auf verbale Aufforderungen, sequentielle Praxie und orale Praxie, an (vgl. KARCH et al. 2002 13 f.).

### 6.1.2.3 Behandlungsprinzipien

Die Sensorische Integrationstherapie stützt sich auf Prinzipien, die es während der Behandlung zu beachten gilt (vgl. SCHAEFGEN 2007 347):

**MOTIVATION:** Eine innere Motivation für eine Handlung ist der Hauptansatz jeder Behandlung. Daraus entwickelt sich eine Selektion sensorischer Informationen, um das angestrebte innere Ziel zu erreichen.

**HANDLUNGSORIENTIERUNG:** Sensorische Integration bedeutet eine Nutzung der Informationen für die eigene Intention zur Handlung.

**PRÄDIKATORENBEHANDLUNG:** Die Sensorische Integrationstherapie bezieht sich nicht auf Störungssymptome, sondern betrachtet die Entwicklung. Dementsprechend werden fehlende Voraussetzungen (Prädikatoren) für eine Entwicklung ermittelt und diese in das Therapieverfahren integriert.

**THERAPIEZIELORIENTIERUNG:** Für die Therapie sind eine exakte Diagnostik der fehlenden Prädikatoren, eine darauf abgestimmte Therapiezielformulierung und einen Stufenplan zur Umsetzung in einen Behandlungsplan erforderlich.

**EIGENAKTIVITÄT:** Die Kinder agieren entsprechend ihrer Motivation, ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten.

Dem entsprechend soll die Therapie gestaltet sein. Therapeutische Angebote sollen als angemessene Herausforderung erlebt werden und der Therapeut sorgt für die jeweils adäquate Anforderungsveränderung, die den Handlungserfolg ermöglicht.

REMEDIATION: Bevor bei der Wiederherstellung von Funktionen nicht ausreichend versucht wurde, die Funktion zu verbessern, sollte keine Kompensation angeboten werden, um den inneren „drive“ zur Veränderung zu erhalten.

GANZHEITLICHKEIT: Die therapeutischen Maßnahmen beziehen sich auf die psychische, emotionale, soziale und kognitive Bereiche der kindlichen Persönlichkeit. Die Eltern und das Umfeld des Kindes werden ebenfalls berücksichtigt.

ELTERNEINBEZIEHUNG: Ihre Wirkung erfährt die Therapie vor allem darin, dass den Eltern die Ziele und die therapeutischen Ansätze verständlich gemacht werden, sodass diese in der Lage sind, die Aktivitäten zu übernehmen und in den Alltag zu übertragen.

ZUSAMMENARBEIT: Die Sensorische Integrationstherapie wird hauptsächlich im Rahmen der Ergotherapie angewandt. Ergotherapeuten sind dazu aufgefordert, Lehrer im Umgang mit den betroffenen Kindern zu beraten.

#### 6.1.2.4 Methoden, Strategien und Medien

Die Sensorische Integrationstherapie bedient sich bestimmter Methoden und Strategien (vgl. ebd.):

NUTZUNG INTERSENSORISCHER WIRKUNGEN: Eine Strategie der Sensorischen Integrationstherapie beruht auf der Wirkung der Sinnessysteme zueinander.

AROUSALREGULATION: Das aktivierende aufsteigende retikuläre System (ARAS) spielt als Regulationssystem bei der Behandlung sensorisch integrativer Dysfunktion eine Schlüsselrolle. Daher wird die gezielte Beeinflussung des neuralen Erregungsniveaus durch regulierende Maßnahmen eingesetzt, um die sensorische Verarbeitung zu verbessern. Das Arousal (Erregungsniveau im retikulären System) ist auch mitbestimmt von Empfindungen, Emotionen und mentalen Faktoren und ist entscheidend dafür verantwortlich, wie aufgenommene sensorische Informationen verarbeitet werden.

MULTISENSORIELLE VERSTÄRKUNG: Diese Methode dient der Optimierung der Assoziationsfähigkeit und damit zur besseren Verarbeitung sensorischer Informationen.

ZWEI-ZÜGEL-STRATEGIE: Diese Methode bezieht Stärken ein zur Verbindung mit Schwächen und fördert die Motivation, sich an schwierige Aufgaben heranzutrauen.

EINSATZ VON TIEFENDRUCK: Eine Optimierung der taktilen Integration kann durch den Einsatz von Tiefendruck (z.B. durch Massagen) erreicht werden.

Die Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie bedarf diversen Medien und Materialien. Solche Hilfsmittel und Geräte sind aber nicht ausschließlich auf bestimmte Aktivitäten bezogen. Eine Variation und Änderung der verwendeten Medien ist möglich. (vgl. SCHAEFGEN 2007 348). Einen vielfältigen Einsatz der Geräte betont auch AYRES. Ein Therapeut sollte über eine Sammlung an Geräten zum Schaukeln, Drehen, Rollen, Klettern, Kriechen, Reiten, Aufheben, Werfen verfügen (vgl. WEISS 2002 182). Nach HOWLIN zielt die Sensorische Integrationstherapie darauf ab, das sensorische Bewusstsein zu entwickeln und die Empfindlichkeit zu verbessern, indem eine Vielzahl von Reizen eingesetzt wird (vgl. ebd.). Die Medien sollen den natürlichen

Herausforderungen des kindlichen Umfeldes nachempfunden sein. Folgende Materialien bieten sich für die Sensorische Integrationstherapie an: Schaukeln, Balancier- und Kletterangebote, Kissen Knautschsäcke, Kirschkernbäder, Rampen, Hängematten, Trapeze, Reckstangen, Seile, Rutschfolien, Decken, Säckchen, Bälle, Bänder und Rollbretter sowie Materialien zur Handlungserfahrungen wie zum Beispiel Ton, Holz, Wasser, Gips, Schaum, Creme, Kleister sowie Farben und Stifte (vgl. SCHAEFGEN 2007 348). Ein weiteres wichtiges Medium zur Entwicklung von Haltungs- und Gleichgewichtsreaktionen stellt die gepolsterte Schwebeschaukel dar (vgl. WEISS 2002 182). HOWLIN benennt weitere Medien, wie Trampoline, weiche Bürsten, Tücher, um die Haut zu reiben, wohlriechende Extrakte, bunte Lichter, Massagen und die „Deep Pressure Therapie“ (= Die Kinder werden in Matten eingewickelt) (vgl. ebd.).

### **6.1.3 Die Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie in der Praxis**

Das Konzept der Sensorischen Integrationstherapie findet hauptsächlich im Bereich der Ergotherapie Anwendung. Dieses kann im Rahmen des Sonderschulkindergartens, der Frühförderstelle, (Kinder-)Klinik, Tagesklinik, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einer ergotherapeutischen Praxis stattfinden. Es stellt sich jedoch die für diese Arbeit relevante Frage, in wie weit das Konzept auch an Schulen eingesetzt werden kann. Die ergotherapeutischen Maßnahmen nach dem Konzept der Sensorischen Integrationstherapie finden in der Regel in einer Eins-Zu-Eins-Situation statt. Solche lassen sich in pädagogischen und therapeutischen Einrichtungen dann realisieren, wenn die zeitlichen und personellen Bedingungen gegeben sind. In Schulen sind solche Möglichkeiten nicht immer vorhanden. Eine Eins-Zu-Eins-Situation, wie sie von der Sensorischen Integrationstherapie gefordert wird, kann im Rahmen der Schule häufig nur dann umgesetzt werden, wenn eine zusätzliche Person, z.B. eine ergotherapeutische Fachkraft, diese Einheit übernimmt. Auch wenn an Sonderschulen kleinere Klassen bestehen und diese personell höher ausgestattet sind, gilt dieser Einwand auch zu einem gewissen Grad für sonderpädagogische Schulen. Im Vergleich zu Regelschulen ist dort der Bedarf an einer Sensorischen Integrationstherapie auch geringer, als es an einer Sonderschule der Fall ist. Es stellt sich also die Frage, ob für die Durchführung des Konzeptes der Sensorischen Integrationstherapie neben einer Eins-Zu-Eins-Situation auch für Gruppenangebote zulässig ist. BUNDY et al. sehen die Gestaltung der Sensorischen Integrationstherapie im Rahmen einer Gruppe als schwierig an. Das Konzept verlangt eine individuelle Anpassung aller Aktivitäten auf das Individuum. Gruppenangebote können dieses nicht ermöglichen. Die Anzahl und der Umfang der Aktivitäten müsste dementsprechend sehr reduziert werden. Dennoch verweisen BUNDY et al. auch auf Vorteile der Gruppengestaltung. Dieses sei vor allem dann gegeben, wenn mehrere Therapeuten jeweils mit einem Kind im selben Therapieraum arbeiten. Ziele, wie die Verbesserung der Interaktion zwischen den Kindern und freundschaftliche Beziehungen unter den Kindern, können im Rahmen von Gruppenangeboten realisiert werden. Zudem werden die Kinder und die Therapeuten mit neuen Aktivitäten konfrontiert, die jeder Therapeut an sein Kind anpassen und abändern kann. Für bestimmte Zwecke haben Gruppen ihre Berechtigung, so BUNDY et al.

Manche Bedürfnisse, gerade von Kindern mit sensorisch-integrativen Störungen, können am besten in der Gruppe erfüllt werden. In solchen Konstellationen können durch das Spielen die sozialen oder bestimmte funktionelle Fähigkeiten gefördert werden (vgl. BUNDY et al. 2007 328). Diese Förderaspekte sind gerade für Kinder mit ASS sehr relevant. Dementsprechend sind Gruppenangebote für Kinder mit ASS, in denen die Sensorische Integrationstherapie angewandt wird, von nicht unwesentlicher Bedeutung.

Das Konzept bedarf zahlreicher Materialien. Diese müssen nicht nur beschafft werden, sondern auch in entsprechenden Räumlichkeiten untergebracht und in einem Therapieraum angewandt werden können. Damit ist ausreichend Platz erforderlich, um die therapeutischen Aktivitäten durchführen zu können. Neben der Anforderung des Platzes bedarf die Anwendung der Therapie auch eines fachgerechten Aufbaus der Therapiegeräte und -materialien sowie Kenntnisse über Sicherheitsaspekte bei der Durchführung der Therapie.

Therapieschaukeln stellen bei der Sensorischen Integrationstherapie ein wichtiges Medium dar, bedürfen aber auch ausreichend Platz. Für die Übertragbarkeit der sensorischen Integrationstherapie auf die Schule bedeutet dieses jedoch nicht, dass eine solche auf den Ort einer Turnhalle, eines Bewegungs- oder Therapieraumes reduziert sein muss. Diverse Situationen für die Förderung der sensorischen Integration bieten sich außerdem im schulischen Kontext an. Auf dem Schulhof können möglichst viele Gestaltungsangebote gemacht werden, die möglichst alle Sinne ansprechen. Dazu gehören Spielgeräte, die zum Schaukeln, Drehen, Hüpfen und Klettern einladen. Das Einteilen des Schulhofes in Rasenflächen, Ballspielfelder und gärtnerische Anlagen und Bepflanzungen sorgen für ein gezieltes Beschäftigungs- und Bewegungsangebot im Sinne der sensorischen Integration. Möglicherweise bietet der Schulhof die erforderliche Größe für den Einsatz von Fahrrädern, Skateboards oder Inline-Skates. Auch das Federballspiel, Diabolo, Gummitwist, Laufdosen, Wackelbretter, Kegelspiele oder weitere Ballspiele bieten einfache Mittel für die Förderung der sensorischen Integration. Des Weiteren ermöglicht das Malen mit Kreide hier eine Chance. Im Rahmen des Sportunterrichtes können Übungen zur Förderung der sensorischen Integration mit einbezogen werden. In diesem Setting können Kinder lernen, das Gleichgewicht zu halten, Druck, Zug und Kraft herzustellen und dies zu erspüren oder das Überkreuzen der Mittellinie. Klatschen und Singen, unterstützt durch einfache Tanzspiele, eignen sich für die Förderung der Koordination. Auch Schwimmübungen bieten sich hierzu an. Übungen, welche die basalen Fähigkeiten wie Rumpfkontrolle, Rumpfrotation, Stütz- und Halteaktionen verbunden mit Stimulation durch Drehen, Rollen, Hüpfen und Schaukeln, lassen sich gut in den Sportunterricht, gerade im Bereich der Grundstufe bzw. Primarstufe integrieren. Das Trampolinspringen und zahlreiche andere Bewegungsübungen, welche u.a. die sensorische Integration fördern, finden im Sportunterricht ihre Anwendung. Neben den bewegungsreichen Förderangeboten in der Pause und des Sportunterrichts, kann die sensorische Integration durch Aktivitäten im Schulgarten durch den Musik-, Kunst- und Sachunterricht gefördert werden. Auch auf die Ausstattung der Klassenräume mit entsprechenden Tischen und Sitzgelegenheiten ist in diesem Kontext zu achten

(vgl. KESPER 2002 157 ff.). Die Förderung der sensorischen Integration beschränkt sich in der Schule nicht nur auf diese Inhalte, sondern kann in vielen weiteren Situationen fortgesetzt werden. Unter der Betrachtung der Übertragbarkeit des Konzeptes auf die Schule, sei an dieser Stelle noch einmal erwähnt, dass es sich hierbei um ein therapeutisches Verfahren aus der Ergotherapie handelt. Das Konzept der Sensorischen Integrationstherapie bedarf für Pädagogen der Anleitung durch Ergotherapeuten oder einer entsprechenden Fortbildung. Pädagogen werden mit diesem Konzept nur bedingt konfrontiert. Dies trifft dann zu, wenn sie mit Kindern bzw. Jugendlichen in Beziehung treten, die Symptome einer sensorisch-integrativen Störung aufweisen. Gerade in sonderpädagogischen Einrichtungen arbeiten die Pädagogen nicht selten mit Ergotherapeuten zusammen, wodurch eine kooperative Förderung und eine Beratung der Pädagogen durch die Ergotherapeuten einfach zu realisieren sind.

#### **6.1.4 Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der Sensorischen Integrationstherapie**

Einzelberichte von Ärzten und Ergotherapeuten verdeutlichen positive Effekte durch die Sensorische Integrationstherapie auf die motorische Geschicklichkeit und auf die Körperhaltungskontrolle. Des Weiteren soll durch die Sensorische Integrationstherapie auch die Ängstlichkeit und Unsicherheit oder Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Kindern reduziert werden können. Aus ihrer Erfahrung heraus berichten die Ergotherapeuten und Ärzte aber auch, dass durch die benannte Therapieform keine unmittelbare Verbesserung der Lernerfolge zu erreichen wäre. Es bestünde viel mehr bei Kindern mit einem kognitiven Förderbedarf das Risiko, zu lange auf andere Förder- und Therapiekonzepte zu verzichten, weil die Sensorische Integrationstherapie in einem zu großen Umfang angewandt wird (vgl. KARCH et al. 2002 24).

VARGAS und CAMILLI betrachteten über 26 kontrollierte Studien bezüglich der Sensorischen Integrationstherapie, die seit 1972 veröffentlicht wurden. Die Ergebnisse beliefen sich darauf, dass Studien, die einen Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden zogen, keinen signifikanten Unterschied für die Sensorische Integrationstherapie feststellen konnten. Im Vergleich zwischen Kindern, die keine Sensorische Integrationstherapie erhielten und Kindern, die mit Hilfe einer solchen behandelt wurden, konnte ein Fortschritt bei der letztgenannten Personengruppe erreicht werden (vgl. ebd.).

KARCH et al. weisen auf älteren Studien hin. Daraus lässt sich entnehmen, dass sich Effekte, welche sich durch die Sensorische Integrationstherapie einstellten, nicht auf die Sensorik und Perzeption beziehen, sondern viel mehr auf die Motorik und auf schulische Lernerfolge (vgl. ebd.).

Eine große Untersuchung führten HUMPHRIES et al. durch. In einer Studie untersuchten sie 103 Kinder im Alter zwischen 5-8 Jahren. Diese wurden in drei Gruppen eingeteilt: 35 Kinder erhielten eine Sensorische Integrationstherapie, weitere 35 Kinder wurden einer perzeptuo-motorischen Behandlung unterzogen und 33 Kinder erhielten keine Behandlung. Nach einer Zeit von 72 Therapiestunden zeigten sich bei der Untersuchung mit dem SCSIT (Southern California Sensory Integration Tests, AYRES 1972) keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Behandlungsgruppen. Die Kinder, die der Sensorischen Integrationstherapie unterzogen wurden,



verbesserten ihre motorische Planung und die Kinder, welche durch die perzeptuo-motorische Behandlung gefördert wurden, verbesserten sich in ihrer grobmotorischen Koordination. Im Vergleich zu der Testgruppe, denen keine Förderung zukam, waren die Unterschiede signifikant. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, welche einer Behandlung unterzogen waren, konnten dann festgestellt werden, als klinische Kriterien bezüglich Funktionsstörungen angewandt wurden (vgl. ebd. 25 f.).

Die Sensorische Integrationstherapie liefert vereinzelt indirekte Behandlungseffekte. In dieser Arbeit ist es aber von Bedeutung, wie sich die Sensorische Integrationstherapie auf die Personengruppe der Kinder mit ASS auswirkt. Im folgenden Verlauf soll dieses näher betrachtet werden.

Die Sensorische Integrationstherapie wurde von AYRES auch bei Kindern mit ASS durchgeführt. Erfolge konnte sie jedoch nicht erzielen. Sie gab zu, dass zum aktuellen Zeitpunkt (1992) mit der Sensorischen Integrationstherapie keine Verbesserung der Situation von Kindern mit ASS erreicht werden kann (vgl. WEISS 2002 183).

WEISS merkt jedoch an, dass die Sensorische Integrationstherapie und deren Theorie für Menschen mit ASS dennoch wertvoll sein kann. Auf Grund der vorliegenden Wahrnehmungsauffälligkeiten und Problemen in der Wahrnehmungsverarbeitung wird die Sensorische Integrationstherapie bei Menschen mit ASS im therapeutischen Kontext angewandt (vgl. ebd.).

Zwei Studien wurden durchgeführt, um die Wirksamkeit der Sensorischen Integrationstherapie bei Kindern mit ASS zu analysieren. CASE-SMITH und BRYAN beschreiben, dass durch die Sensorische Integrationstherapie eine Abnahme von planlosem Verhalten und eine Zunahme von zielgerichtetem Spiel während dem Freispiel erreicht werden konnte. Nach AYRES und TICKLE bewirkt die Ergotherapie nach sensorisch-integrativen Prinzipien bei Kindern mit ASS eine Verbesserung der Sprache, des Registrierens der Umwelt, der sinnvollen Beschäftigung, des sozioemotionalen Verhaltens und eine Abnahme von selbststimulierendem Verhalten. Dies soll vor allem für Kinder gelten, die überempfindlich auf taktile und vestibuläre Reize reagieren (vgl. SPITZER/SMITH-ROLEY 2004 25). In beiden Studien konnte aber auch festgestellt werden, dass sich die Sensorische Integrationstherapie bei Kindern mit ASS kaum günstig auf die soziale Interaktion oder Kommunikation mit Gleichaltrigen oder Erwachsenen auswirkt. Vor allem bei Kindern, die nur gering auf sensorische Stimuli reagieren, profitieren wenig von der Therapie (vgl. FREITAG 2008 144).

Auch wenn die wissenschaftliche Fundierung dieses Konzeptes ernüchternd ist, halten nicht wenige Fachkräfte im Kontext der Förderung und Therapie von Menschen mit ASS die Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie für sinnvoll und Erfolg versprechend. WEISS gibt zu bedenken, dass es wünschenswert wäre, wenn mehr Klarheit darüber bestünde, wie eine Sensorische Integrationstherapie für Menschen mit ASS gestaltet werden kann. AYRES macht bezüglich der Förderung von Kindern mit ASS nur sehr wenige Aussagen, die sich auf den Inhalt der Therapie dieser Personengruppe beziehen (vgl. WEISS 2002 184 f.).

### 6.1.5 Zusammenfassung unter kritischer Reflexion

Eine individuelle Förderung kann bei der Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie erreicht werden. Die Sensorische Integrationstherapie kann sowohl in der Gruppen- als auch in der Einzelkonstellation durchgeführt werden. Häufig wird die Therapie auch in der ergotherapeutischen Praxis in der Eins-zu-Eins-Situation angewandt. Dem entsprechend ist es möglich, auf die individuellen (Förder-)Bedürfnisse einzugehen. Auch im Klassenkontext kann eine individuelle Förderung realisiert werden, indem bestimmte Aspekte der Sensorischen Integrationstherapie in Bezug auf das Kind und dessen Lernaufgaben abgestimmt werden.

Die *persönliche Entfaltung* wird bei der Sensorischen Integrationstherapie nicht eingeschränkt. Die Therapie ist offen gestaltet. Das heißt, dass das spielende Handeln des Kindes maßgeblich für die Förderung ist. Das Kind kann demnach seine Wünsche, Interessen, Bedürfnisse, Einstellungen bzw. Weltanschauungen in das therapeutische Setting einbringen. Vielmehr kann eine Sensorische Integrationstherapie solche Wünsche, Interessen und Antriebe für ihre therapeutischen Ziele nutzen.

Eine *Spontaneität und Flexibilität* kann bei der Sensorischen Integrationstherapie weitgehend aufrecht erhalten bleiben. Die Förderung wird im Zusammenhang mit diversen Materialien durchgeführt. Dem entsprechend kann eine solche nur dann stattfinden, wenn entsprechende Materialien und Medien gegeben sind. Allerdings bleibt die Anwendung der Therapie nicht nur auf einen Ort und auf eine bestimmte Zeit beschränkt, sondern kann in vielen zahlreichen alltäglichen Situationen einbezogen werden.

Die Sensorische Integrationstherapie überzeugt nicht mit positiven *Forschungsergebnissen*. Eine Verbesserung der sozialen Interaktion und Kommunikation durch die Sensorische Integrationstherapie ließ sich bislang nicht nachweisen. Dies gilt auch für die kognitive Entwicklung. Auf Grund des nicht bestehenden Nachweises über spezifische Effekte der Sensorischen Integrationstherapie auf Kinder mit Verhaltens- und Lernstörungen, sollte das Konzept nicht zu einseitig und zu lange angewandt werden, so dass eine weitere (ergo-)therapeutische und pädagogische Förderung nicht außen vor bleibt. Eine Förderung von Wahrnehmungsprozessen und deren Integration in das Denken und Handeln sollte über vielfältige und differenzierte Weise geschehen (vgl. WEISS 2002 185.).

Die Sensorische Integrationstherapie schließt *weitere Förder- und Therapiekonzepte* nicht aus und geht auf autismspezifische Förderbedürfnisse ein. Die Sensorische Integrationstherapie ist ein Körperbezogenes Verfahren und zielt auf die Förderung der Wahrnehmung ab. Weitere Methoden können ohne Probleme als Ergänzung in ein umfassendes Förderprogramm einbezogen werden. Wird die Sensorische Integrationstherapie für eine Gruppe angeboten, bietet sich dadurch eine Gelegenheit für die Förderung der Kommunikation. Gerade für Menschen mit ASS sind solche Kommunikationsanlässe von Bedeutung.

Da das Förderverfahren sehr individuell gestaltet werden kann, richtet es sein Angebot nahe zu an alle Kinder mit ASS, die in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt sind. Im engeren Sinne ist die Sensorische Integrationstherapie aber kein explizites Verfahren für diesen Personenkreis. Als eine

spezielle Therapie für Kinder mit ASS ist sie zu unspezifisch (vgl. FREITAG 2008 144). Das Konzept wurde von AYRES ursprünglich für Kinder mit Lernbeeinträchtigungen konzipiert. Für diese Zielgruppe beinhaltet dieser Ansatz teilweise richtige Aspekte (vgl. WEISS 2002 186). Eine differenzierte Betrachtung wird hinsichtlich der Förderung der Kinder mit ASS bei diesem Konzept unbedingt verlangt.

Möglichkeiten der *Generalisierung und Übertragung des Gelernten auf den Alltag* ergeben sich bei der Sensorischen Integrationstherapie viele. In isolierten Therapiesitzungen gelernte Inhalte können in alltäglichen Situationen relativ einfach unterstützt und weiter gefördert werden (z.B. durch einen Besuch auf dem Spielplatz oder durch entsprechende Spielmaterialien). Eltern können solche Förderübungen einfach umsetzen. Voraussetzung ist eine Zusammenarbeit mit dem Ergotherapeuten und / oder dem Pädagogen, damit die gleichen Ziele verfolgt und sie über geeignetes Fördermaterial informiert werden können. Eine Einbindung in die Therapeutenrolle findet bei diesem Förderverfahren aber nicht statt.

Es besteht bei der Anwendung der Sensorischen Integrationstherapie die Gefahr der *Fehlinterpretation*. Das Verfahren findet in der Praxis selten „sauber“ statt. WEISS berichtet, dass die hohe Popularität des Konzeptes zu einem verbreiteten Halbwissen bezüglich der therapeutischen Inhalte geführt hat. Das Risiko einer inadäquaten und oberflächlichen Anwendung ist auf Grund der relativ ungenauen Beschreibung des Konzeptes hoch. So wird die Sensorische Integrationstherapie in der Praxis häufig fälschlicherweise als solche betitelt, sobald es sich um eine Wahrnehmungsförderung handelt. Die Sensorische Integrationstherapie darf nicht auf bestimmte Übungen reduziert bleiben. Sie ist nicht einfach damit erreicht, indem das Kind auf eine Schaukel oder ein Rollbrett gesetzt wird oder es mit Bürsten und mit Rasierschaum spielt. Das bloße Anbieten von Sinnesmaterialien über das Drehen, Schaukeln, Balancieren usw. führen noch nicht zu einer erfolgreichen Sensorischen Integrationstherapie. Die gemachten Erfahrungen müssen in Verbindung mit dem eigenen Denken und Handeln gebracht werden. Wenn das Kind nicht begreift, was es bei den Übungen erlebt, sind die Angebote für das Kind sinnlos und können zu einer Verstärkung von Ängsten beitragen, so AUGUSTIN. Demnach ist es von wesentlicher Bedeutung, dass die Sensorische Integration von geschulten Fachkräften durchgeführt wird. Ist dies nicht gegeben, können schädliche Folgen für das Kind mit ASS auftreten (vgl. WEISS 2002 185).

Das theoretische Verständnis der Sensorischen Integrationstherapie bezieht sich auf Annahmen, die nicht mehr dem aktuellen Verständnis der Entwicklungsneurologie und –psychologie entsprechen. Auch wenn die Hypothesen zwischenzeitlich modifiziert und aktualisiert wurden, führte dies nicht zu einer grundlegenden Änderung der Therapieziele und Techniken. Dem Konzept liegt nach wie vor die theoretische Annahme zugrunde, dass Entwicklungs-, Lern- und Verhaltensstörungen durch neurophysiologische Defizite bei der sensorischen Integration von basalen Wahrnehmungen, vor allem im taktilen, propriozeptiven und vestibulären Bereich, verursacht werden. Diese Theorie veranlasst eine Intervention durch spezifische Techniken, um

die zugrunde liegenden Dysfunktionen zu verbessern. Eine Existenz über neurophysiologisch begründete Verarbeitungsstörungen konnte bislang nicht nachgewiesen werden (vgl. KARCH et al. 2002 27).

Das Konzept weist Lücken hinsichtlich der Anwendung bei Kindern mit ASS auf. WEISS verweist auf das Problem des Konzeptes, dass die sensorische Integration bei Kindern mit ASS so gut wie nicht diagnostizierbar ist. Die Schwierigkeit liegt darin, dass es nicht einfach ist, diese Kinder zu testen. Ein praxisnaher und zufrieden stellender Kriterienkatalog konnte für diese Zielgruppe bislang nicht konstruiert werden. Somit bleibt ein Interpretationsspielraum in Abhängigkeit von den Erfahrungen und Kenntnissen des beobachtenden Pädagogen oder Therapeuten hinsichtlich der Diagnostik bei sensorischen Integrationsstörungen bestehen. Die Gefahr ist groß, dass das Konzept unreflektiert angewendet wird und sich dieses negativ auf die Kinder mit ASS auswirkt. Zudem wird irrtümlicherweise häufig davon ausgegangen, dass Kinder mit ASS automatisch als sensorisch desintegriert angesehen werden (vgl. WEISS 2002 185).

Auf Grund der fehlenden wissenschaftlich nachgewiesenen Effekte, der in der Literatur ungenauen Aussagen bezüglich der Anwendung, der Gefahr der Fehldiagnose und der mangelhaften Übertragbarkeit auf die Zielgruppe der Kinder mit ASS, erscheint das Therapiekonzept nicht restlich überzeugend. Dem Konzept muss dennoch zu Gute gehalten werden, dass es sich in der deutschen Autismustherapie etablieren konnte und entsprechende Fachkräfte von Erfolgen sprechen.

Als gänzliche Chance kann das Konzept für Menschen mit ASS also nicht betrachtet werden. Zu viele negative Aspekte stehen im Raum, als dass dies möglich wäre. Unter fachlicher und adäquater Anleitung sollen dem Ansatz aber auch seine Chancen nicht komplett abgesprochen werden. Letztlich gilt es festzuhalten, dass dem Therapiekonzept mit einer reflektierten Skepsis begegnet werden soll.

Einige Fachleute beurteilen das Konzept der Sensorischen Integrationstherapie als geeignetes Verfahren, wenn es unter bestimmten Bedingungen und als Ergänzung zu anderen Förder- und Therapiemaßnahmen angewandt wird (vgl. WEISS 2002 226).

## 7. Das Schneckenhaus – Ein Beispiel für eine Förderung für Kinder und Jugendliche mit Autismus–Spektrum–Störungen

Das Schneckenhaus ist eine Fördereinrichtung für Kinder und Jugendliche mit ASS. Anhand dieser Institution soll nicht nur aufgezeigt werden, in welcher Form eine Förderung für Kinder und Jugendliche mit ASS eingebettet sein kann, sondern vielmehr soll dem Leser einen Eindruck vermittelt werden, wie die Förder- und Therapiekonzepte in der Praxis ihre Anwendung finden. Eine Antwort auf die zentrale Fragestellung dieser Arbeit soll in diesem Zusammenhang ebenfalls verdeutlicht werden.

### 7.1 Das Konzept des Schneckenhauses

#### 7.1.1 Leistungsanbieter: „Stiftung Jugendhilfe aktiv“

Das Schneckenhaus ist eine pädagogische Einrichtung der „Stiftung Jugendhilfe aktiv“, im Rahmen des Diakonischen Werkes. Die „Stiftung Jugendhilfe aktiv“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, Hilfen für junge Menschen und Ihren Familien anzubieten, welche sozial oder schulisch benachteiligt sind und entsprechend in ihrem Dasein und ihrer Entwicklung Förderung oder Hilfen in Anspruch nehmen. Hierzu steht ein Angebot zur Verfügung, das sowohl sozial- und heilpädagogisch, als auch schulische Leistungen umfasst.

Die Hilfen zur Erziehung als Angebot der Stiftung Jugendhilfe aktiv gliedert sich in fünf pädagogische Teilbereiche.



Des Weiteren gehört die Schule für Erziehungshilfe zum Angebot der Stiftung Jugendhilfe aktiv.

#### 7.1.2 Aufbau und Struktur des Schneckenhauses

Das Schneckenhaus ist ein teilstationäres Förderangebot für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen. Die Stiftung Jugendhilfe aktiv bietet zur Förderung dieser Kinder und Jugendlichen drei „Schneckenhausgruppen“ an. Das Schneckenhaus 1, 2 und 3. Die Schule und die Fördergruppe (Tagesgruppe) kooperieren hierbei sowohl örtlich, als auch inhaltlich und personell sehr eng miteinander. Dazu wurden von der Dietrich-Bonhoeffer-Schule Schulklassen eingerichtet, in denen in den gleichen Gruppenkonstellationen wie in der Fördergruppe gearbeitet wird. In den Schneckenhäusern 1 und 3 werden 7 jüngere Kinder, beginnend mit der Einschulung, die ersten vier Schuljahre betreut und gefördert. Aus dem Schonraum Schneckenhaus können einzelne Kinder für bestimmte Zeiten und soweit dies für sie förderlich und möglich ist, in Klassen an Regelschulen mit Begleitung herangeführt, beschult und dauerhaft integriert werden. Im Schneckenhaus 2 werden 7 ältere Kinder und Jugendliche betreut und gefördert, bei denen das Erlernen und Begleiten von lebenspraktischen Fähigkeiten, schulischer Integration und Vorbereitungen auf das Berufsleben im Vordergrund stehen.

### 7.1.3 Auftrag und Ziele des Schneckenhauses

Die Kinder und Jugendlichen im Schneckenhaus werden in ihrer Entwicklung durch sozial- und heilpädagogische, durch therapeutische Leistungen sowie durch schulische Leistungen gefördert und begleitet, sodass durch diese ein Verbleib in der Familie gesichert werden soll. Der gesetzliche individuelle Auftrag konkretisiert sich im Hilfeplan, in dem die Zielsetzungen der Hilfen nach dem Bedarf im Einzelfall vereinbart werden. Mit diesem Auftrag sind folgende Kernziele verbunden:

Stabilisierung und Entlastung des familiären Umfelds insbesondere durch die Strukturierung und Verlässlichkeit des Förderangebots, Mobilisierung und Stärkung erzieherischer Ressourcen der Eltern bzw. Sorgeberechtigten angesichts der autismusbedingten Besonderheiten, Erhalt und Entwicklung wichtiger und förderlicher Bezüge des jungen Menschen zu seinem sozialen Umfeld, Weiterentwicklung im emotionalen, psychosozialen, kognitiven und körperlichen Bereich und das Erlernen und Begleiten von lebenspraktischen Fähigkeiten, schulischer Integration und Vorbereitung auf das Berufsleben. (Vgl. STIFTUNG JUGENDHILFE AKTIV 2008 Konzeption Schneckenhaus. 2)

#### 7.1.3.1 Auftrag und Ziele im Bereich der Schule

Das Schneckenhaus ist ein Spezialangebot für Kinder und Jugendliche konzipiert, die kognitiv dem Bildungsplan der Förder- und Regelschule folgen können, sich aber in den entsprechenden Regelschulen aufgrund ihrer autistischen Verhaltensweisen nicht zurechtfinden. Fünf SonderschullehrerInnen und eine Realschullehrerin führen die Schülerinnen und Schüler in 3 Klassen (Außenklassen der Sonderschule für Erziehungshilfe). Der Unterricht findet aber auch in unterschiedlichen Lerngruppen sowohl im Klassenverband, als auch in Kleingruppen und in Form von Einzelförderung statt. Er gliedert sich nach einem individuellen Förder- und Stundenplan. In einzelnen Fächern findet ein lernübergreifender Unterricht statt. Ziele und Inhalte des Unterrichts gehen vom Entwicklungsstand, der Lebenssituation und dem Lernverhalten der Kinder und Jugendlichen mit autistischen Verhaltensweisen aus.

Unterrichtsziele sind vor allem die Förderung von

- Sozialkompetenz und Kommunikationsfähigkeit,
- schulisches Lernen und Wissenserweiterung,
- Wahrnehmung und Motorik,
- Selbstversorgung
- Fähigkeit, die Umwelt zu strukturieren.

(Vgl. STIFTUNG JUGENDHILFE AKTIV 2008 4)

#### 7.1.3.2 Auftrag und Ziele im Bereich der Fördergruppe

Die Sozial- und Heilpädagogen der Fördergruppe werden punktuell zur Unterstützung der Lehrkräfte in den Schulvormittag einbezogen. Aufgaben sind zum Beispiel die Beteiligung an der Pausenaufsicht, Begleitung bei bestimmten schulischen Aktivitäten wie Sport, Schwimmen etc. aber auch individuelle Einzelförderung oder gezielte Angebote im hauswirtschaftlichen und lebenspraktischen Bereich.

Im Anschluss an den Schulvormittag werden die Kinder und Jugendlichen im Rahmen der Fördergruppe gefördert und betreut. Dies umfasst gemeinsame Mahlzeiten, Erledigung kleiner

Dienste im Haushalt, den Erwerb von Selbstständigkeit in alltäglichen Dingen, Hausaufgabenbetreuung, Pausen- und Freizeitgestaltung sowie im Wochenrhythmus verankerte Nachmittagsaktivitäten, bei denen die im folgenden formulierten Fähigkeiten erarbeitet werden. In der Gesamt- oder in der Kleingruppe oder auch durch Einzelförderung werden folgende Aspekte gezielt gefördert:

- Motivation zur Kontaktaufnahme und Weiterentwicklung der kommunikativen Fähigkeiten
- Erkennen von Zusammenhängen zwischen eigenem und fremden Handeln
- Erkennen von eigenen Emotionen und Emotionen anderer
- Entwicklung von angemessenen sozialen Reaktionen und Verhaltensweisen
- Förderung der sozialen Kompetenzen
- Förderung der Selbstwahrnehmung und Stärkung des Selbstwertes
- Erarbeiten eines Regelverständnisses

(Vgl. STIFTUNG JUGENDHILFE AKTIV 2008 5)

Zu den Kernleistungen des Förderangebots gehört auch eine umfassende Zusammenarbeit mit den Eltern und die Kontaktpflege im Lebensfeld des Kindes / Jugendlichen.

#### 7.1.4 Stufengliederung und Stufenprofile des Schneckenhauses

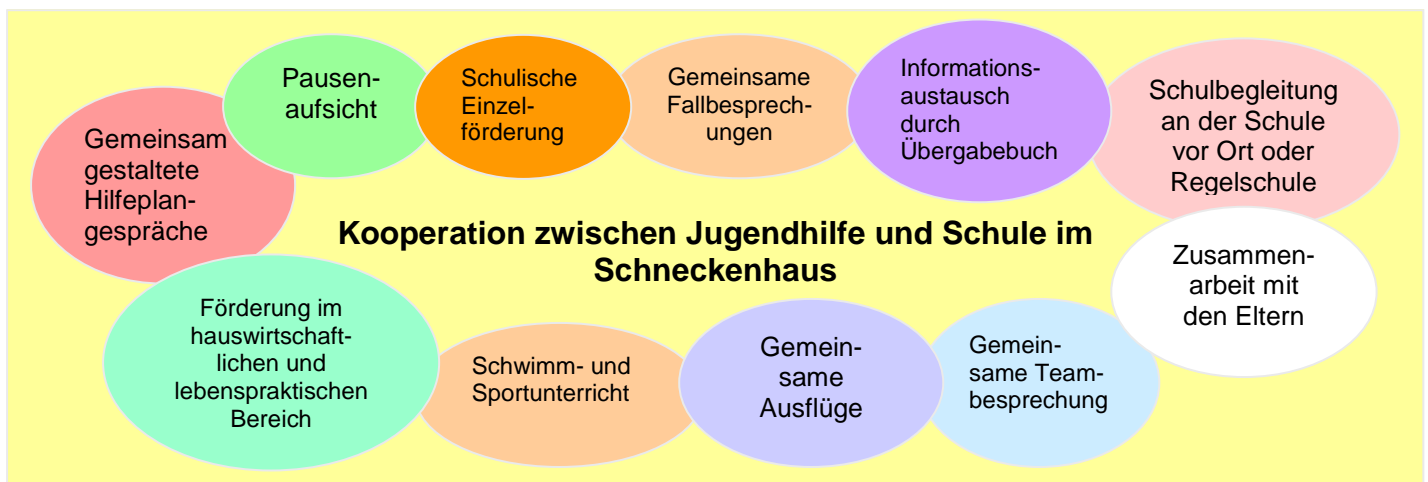
Das Schneckenhaus gliedert sich in drei Stufen: Grundstufe, Hauptstufe und Übergangsstufe. Die Grundstufe dauert 4 Jahre, die Hauptstufe 3 Jahre und die Übergangsstufe 2 Jahre.

In der Übergangsstufe sind Perspektiven für die Beendigung der Schulzeit und den damit verbundenen Übergang in das Erwachsenenleben zu entwickeln.

Das Bezugssystem für die Stufen ist nicht starr und stellt keine Abgrenzung der einzelnen Stufen untereinander dar.

#### 7.1.5 Kooperative Tätigkeit

Verschiedene Förderaktivitäten wie Ausflüge, Projekte und Freizeiten bzw. Schullandheimaufenthalte werden häufig sowohl von den LehrerInnen als auch von den SozialpädagogInnen gemeinsam durchgeführt sowie vorher geplant und organisiert.



## 7.2 Förder- und (Therapie-)konzepte im Schneckenhaus

Die Förderung im Schneckenhaus ist ganzheitlich ausgerichtet. Die Kinder und Jugendlichen werden in dieser Fördereinrichtung nicht ausschließlich als Autisten gesehen, sondern vielmehr als individuelle Persönlichkeiten, die in ihren alltags- und altersadäquaten Lern- und Entwicklungsaufgaben begleitet und gefördert werden. Aus diesem Grund wird es auch verständlich, dass sich das Förderangebot im Schneckenhaus nicht ausschließlich auf ein umfassendes Förderkonzept beziehen möchte, sondern diese in kombinierter Form bzw. einzelne Elemente diverser Förder- und Therapiekonzepte aufgreift, um eine möglichst individuelle Förderung zu ermöglichen. Welche autismusspezifische Förder- und Therapiekonzepte im Schneckenhaus (3) realisiert werden, soll im folgenden Verlauf verdeutlicht werden:

### **Soziales Kompetenztraining / Social Skills Training:**

In der Fördergruppe des Schneckenhauses gilt die Förderung der sozialen Kompetenzen als ein wesentlicher Aspekt. Neben einem explizit festgelegten Sozialtraining, der so genannten „Elefantenrunde“, findet das Lernen sozialer Kompetenzen in einem natürlichen, aber dennoch strukturierten Ablauf statt. Die Fördergruppe ermöglicht an vier Nachmittagen ein Förderangebot für gleichaltrige Kinder oder Jugendliche mit ASS. Diverse Spiel- und Fördersituationen werden in einem natürlichen Kontext realisiert, um Möglichkeiten für die Förderung der sozialen Interaktion und Kommunikation zu schaffen. Es gibt einen festen Ablaufplan, der den Kindern oder Jugendlichen zu Beginn in visualisierter Form präsentiert wird. Täglich gleich bleibende Programminhalte ermöglichen Routine und Handlungssicherheit. Der Ablauf gestaltet sich nach dem Unterricht folgendermaßen:

**12:00 Uhr Anfangsrunde:** Anwesende Kinder / Jugendliche und Erwachsene, Tagesablauf und Aufgaben der Kinder werden geklärt.

**12:10 Uhr Freispiel:** Möglichkeiten zur freien Kontaktaufnahme und zum Einüben sozialer Regeln, Kommunikation im Spiel und adäquates Verhalten, Gestaltung von Freizeitaktivitäten.

**12:30 Uhr Mittagessen:** Möglichkeiten zur Förderung sozialer Regeln, Kommunikation und sozial angemessenem Verhalten.

**13:00 Uhr Hauswirtschaftliche Dienste:** Möglichkeit zur Förderung lebenspraktischer Tätigkeiten.

**13:15 Uhr Ruhepause**

**13:45 Uhr Hausaufgaben**

**14:30 Uhr Gezielte Förderaktivitäten:** Variiert nach Wochentag:

Montag: gezieltes Sozialtraining „Elefantenrunde“

Dienstag: Ausflug im Wechsel mit Bewegungsförderung (Senso- und psychomotorische Förderung)

Mittwoch: Die Kinder bleiben bis zum Mittagessen. Anschließend Teamsitzung

Donnerstag: Einzelförderung: Gefühlstraining, Schwimmtraining, Individuelle Fördermaßnahmen

Freitag: Kreative, handwerkliche und hauswirtschaftliche Förderung

**16:00–16:30 Uhr Abschlussrunde:** Gemeinsame Reflektion über die Lernaufgaben der Kinder, Möglichkeiten zur Förderung sozialer Regeln, Kommunikation und sozial angemessenes Verhalten.

Wie aus dem Ablauf zu entnehmen ist, werden im Kontext des natürlich angelegten Sozialtrainings in der Gruppe weitere Förderkonzepte integriert. So wird zusätzlich ein soziales Kompetenztraining „Elefantenrunde“ angeboten, um Schwierigkeiten, die im Kontext mit ASS häufig auftreten und die sozialen



Beziehungen der Betroffenen stark beeinträchtigen, aufzugreifen. Entsprechend aufbereitete Themen, wie „Emotionen erkennen und ausdrücken“, „Körpersprache wahrnehmen“ und „Redewendungen verstehen“ werden zum Fördergegenstand gemacht. Dabei bleibt es nicht nur beim Gespräch über das Lernthema, vielmehr werden die Lerninhalte in der „Elefantenrunde“ in Form von Rollenspielen sowie im Alltag des Schneckenhauses und zu Hause eingeübt. Dabei sollen inadäquate Verhaltensweisen nicht bloß abtrainiert und soziale Fertigkeiten aufgebaut werden, sondern immer im natürlichen sozialen Kontext stehen und dort eingeübt werden. Auch die „Elefantenrunde“ folgt einem festen Ablauf, der durch einen routinierten Einstieg (Spiel) über die Auseinandersetzung mit dem Förderinhalt zum Abschluss (thematisch passend) führt.

#### **TEACCH:**

Elemente des TEACCH-Konzeptes finden im Schneckenhaus ihre Anwendung. Dieses bezieht sich hauptsächlich auf die Strukturierung und Visualisierung der Zeit und des Raumes:

**TEACCH-Tafel:** Neben dem Ablauf des Tagesprogramms wird mittels dieser Tafel visualisiert, welche Kinder und welche Erwachsenen an diesem Tag anwesend sind sowie welche hauswirtschaftlichen Dienste von welchem Kind übernommen werden und welche besondere Förderaktivität an diesem Tag für das einzelne Kind angeboten wird.

**Sanduhr:** Bei manchen Abläufen wie Hausaufgaben, Zähne putzen und Ruhezeiten stellt die Sanduhr für manche Kinder eine gute Möglichkeit der visuellen Unterstützung dar, um aufzuzeigen, wie lange eine Tätigkeit noch andauert.

**Farben:** Jedem Kind wurde eine Farbe zugeordnet. Diese beziehen sich auf den Garderobenplatz, Matratzen, Kopfkissen, Handtücher, Zahnputzbecher. Zu Beginn der Förderung im Schneckenhaus, gab diese Visualisierungs- und Strukturierungsform einigen Kindern Sicherheit. Im Laufe der Zeit verringerte sich der Bedarf an dieser sicherheitsgebenden Struktur, so dass die Farbverteilung zum aktuellen Zeitpunkt hauptsächlich noch aus hygienischen Aspekten verwendet werden.

**Raumeinteilung:** Die Förderaktivitäten sind im Schneckenhaus an bestimmte Örtlichkeiten gebunden. Nicht für jede Aktivität steht ein separater Raum zur Verfügung. Um dennoch die Tätigkeiten voneinander abzutrennen und zu strukturieren werden Regale als Raumteiler eingesetzt. Der Ort einer bestimmten Tätigkeit wird somit festgelegt und für die Kinder eindeutig gemacht.

**Bildkarten:** Die Schubladen und Kisten in den Regalen wurden mit Bildkarten versehen, so dass dem Kind deutlich wird, welcher Inhalt sich darin befindet. So haben alle Gegenstände ihren festen Platz und bietet somit Routine und Verlässlichkeit.

Der Einsatz der Medien ist abhängig von der Bedürfnislage der Kinder. Im Laufe der Zeit konnten Medien reduziert oder abgeschafft werden, da sie für den Förderbedarf der Kinder unnötig geworden sind. Im umgekehrten Falle bedeutet dieses aber auch, dass entsprechende Medien geschaffen werden, wenn ein Kind dieses (wieder) benötigt. Eine kontinuierliche Reflektion über den Einsatz der Medien ist deshalb unablässig und findet im Schneckenhaus regelmäßig statt.

**Social Stories:** Bei Themen bezüglich schwieriger sozialer Situationen wird im Schneckenhaus u.a. die Methode der „Social Stories“ verwendet. Diese wird während dem Sozialtraining „Elefantenrunde“ eingeführt und fortgesetzt sowie im Alltag geübt. Auch im individuellen Fall wird das Konzept angewandt, wenn

einzelne Kinder Schwierigkeiten haben soziale Situationen zu überblicken. So wird eine „Social Story“ auf das einzelne Kind angepasst. So wurden z.B. Gesprächsregeln anhand einer „Social Story“ eingeführt und geklärt.

**Verhaltenstherapeutische Elemente:** Verhaltenstherapeutische Elemente, wie sie auch beim ABA/VB-Konzept verwendet werden, werden im Schneckenhaus angewandt. Hier sind folgende Beispiele zu nennen:

**Verhaltenstherapeutische Methoden bei komplexen Handlungsabläufen:** Soll ein komplexes Verhalten bzw. ein komplexer Handlungsablauf gelernt werden, kommen teilweise verhaltenstherapeutische Methoden wie „shaping“, „chaining“, Verstärkung usw. zum Einsatz. Anhand des Toilettentrainings eines Kindes im Schneckenhaus lässt sich dieses darstellen. Der komplette Handlungsablauf des Toilettengangs wurde in kleine Schritte zerlegt und diese trainiert. Konnten einzelne Ziele erfolgreich abgeschlossen werden, wurde die Motivation des Kindes durch eine Belohnung verstärkt. War das Kind letztlich in der Lage, den kompletten Handlungsablauf des Toilettengangs selbständig zu bewältigen, wurde nur noch der gesamte Vorgang belohnt.

**Time-out:** Zeigt ein Kind ein nicht mehr tolerierbares Problemverhalten, erhält es eine Auszeit, indem es auf seinen Garderobenplatz geschickt wird. Es wird aus der problemverursachenden Situation herausgenommen, so dass die dort vorhandenen Verstärker nicht mehr vorhanden sind. Während der Auszeit wird das Kind ignoriert.

**Response-Cost/Verstärkung/Token-System:** Zwei Lernaufgaben begleiten jedes Kind in der Fördergruppe des Schneckenhausalltages. Die Aufgaben sind individuell angepasst. Dies sind Lernaufgaben, wie zum Beispiel „Ich bleibe auf meinem Platz“ oder „Ich frage nach, ob ich mitspielen darf.“ Am Ende des Schneckenhaustages wird darüber reflektiert, ob die Lernaufgaben erfolgreich bewältigt werden konnten. Ist dieses der Fall, erhält das Kind eine Belohnung in Form eines Raupenkringels (Die Raupe wird so im Laufe der Woche länger) und einer kleinen Süßigkeit.

**Elemente zur Förderung der sensorischen Integration:** Alle zwei Wochen wird ein Angebot zur Förderung der sensorischen Integration in der Turnhalle ermöglicht. Nach einer Einstiegs- und Aufwärmphase können die Kinder frei ihre Stationen wählen, welche sich in der ganzen Halle befinden. So können die Stationen flexibel durchlaufen werden. Folgende Stationen kommen u.a. aktuelle dabei zum Einsatz:

**Karussell:** Ein Deckel eines Kastens wird auf eine Kreiselplattform befestigt. Zwei Kinder sitzen im Karussell. Ein Kind kann in der Mitte des Karussells sitzen.

**Gletscherspalte:** Zwei dicke Matten, die hinter der Sprossenwand stehen. Eine Bank wird in die Sprossenwand eingehängt. Die Kinder laufen die Bank nach oben und rutschen zwischen den beiden Matten nach unten.

**Schaukel:** Hängematte in Vorrichtung der Ringe einhängen. Kind liegt in Bauchlage in der Matte. Es wird angeschupst. Es holt sich verschiedene Gegenstände, die sich auf dem Boden befinden, versucht verschiedene Gegenstände umzuwerfen. (Kegeln)

Dicke Seile werden zu einer Schaukel verknotet.

**Rollbrettrutschbahn:** Eine Bank wird in eine Sprossenwand eingehängt. Weitere Bänke werden an das zweite Ende dazugestellt. Die Kinder rutschen mit einem (dafür vorgesehenen) Rollbrett die Bahn hinunter.

**Über Bank balancieren:** Eine Bank wird umgedreht auf zwei Hocker gelegt, sodass die Kinder darüber

balancieren können.

**Brücke:** Auf zwei Kästen wird eine dicke Matte gelegt. Die Kinder überqueren die Brücke, sodass sie nicht einstürzt.

Während des Freispiels können die Kinder einen Bewegungsraum innerhalb der Schneckenhausräumlichkeiten nutzen. Die in diesem Raum zu findenden Medien, wie eine „Hängematte“, ein „Bällchenbad“, „Gymnastikbälle“ etc. stellen auch hier u.a. ein ergänzendes Angebot zur Sensorischen Integration dar.

Im Sinne einer individuellen Förderung werden außerhalb der autismusspezifischen Förderangebote weitere Möglichkeiten für eine Förderung eingeräumt. Je nach Bedarf wird ein Kontakt zum Logopäden oder zum Ergotherapeuten hergestellt. Die therapeutischen Übungen der Logopädie oder Ergotherapie werden im Schneckenhaus möglichst fortgesetzt und trainiert sowie in den Alltag einbezogen. Altersangemessene Lern- und Entwicklungsaufgaben geben den Rahmen für die Einzelförderung vor. In der Eins-zu-Eins-Situation werden nach individueller Bedürfnislage einfache Förderarrangements, wie Schnürsenkel binden, aber auch komplexe Sachverhalte wie zum Beispiel Kommunikationsförderung zum Lerngegenstand gemacht. Der Erwerb von lebenspraktischen Tätigkeiten, wie zum Beispiel Geschirr spülen, Kuchen backen, den Tisch decken, aber auch handwerkliche Aufgaben, stellen im Schneckenhaus einen besonderen Stellenwert im Bereich der Förderung dar. Hierzu werden gezielte Lernaktivitäten nicht nur in der Einzelförderung, sondern für die ganze Gruppe oder für eine Kleingruppe bereitgestellt.

### **7.3 Die multimodale Förderung im Schneckenhaus als Chance für Kinder und Jugendliche mit ASS**

Diverse Autoren, wie z.B.. REMSCHMIDT vertreten die Ansicht, dass eine verknüpfte bzw. multimodale Förderung für Kinder und Jugendliche mit ASS am Erfolgreichsten ist (vgl. WEISS 2002 232). Nach der Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Förder- und Therapieansätzen wird bezüglich der Ausgangsfrage und der Förderung im Schneckenhaus deutlich, dass eine kombinierte Anwendung diverser Förder- und Therapiekonzepte in Verbindung mit einer individuell ausgerichteten Lern- und Entwicklungsbetrachtung für Kinder und Jugendliche mit ASS eine bedeutende Chance in sich birgt. Ein Mittelweg zwischen den extremen Einstellungen „Förder- und Therapiekonzepte als Allheilmittel, welche in einem korsettartigen Kontext gestellt werden“ und einer „gänzlichen Ablehnung der Förder- und Therapiekonzepte“ kann im Schneckenhaus somit realisiert werden. Neben der direkten Arbeit am Kind oder am Jugendlichen mit ASS begleitet eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern die Förderung im Schneckenhaus. Durch regelmäßig stattfindende Eltern- und Hilfeplangespräche kann es ermöglicht werden, dass alle an der Förderung des Kindes bzw. Jugendlichen beteiligten Personen eine Einheit bilden. Durch die enggeknüpfte Kooperation zwischen den Sonderschullehrern, Sozial- und Heilpädagogen sowie den Eltern wird im Schneckenhaus ein einheitliches und ganzheitliches Förderprogramm geschaffen, welches individuell auf das Kind oder den Jugendlichen mit ASS zugeschnitten wird.

Darüber hinaus werden für eine individuell ausgerichtete Förderung, ausgehend von den Förderbedürfnissen einzelner Kinder bzw. Jugendlicher mit ASS, integrierende und ergänzende Förder- und Therapiekonzepte angewandt sowie Elemente aus einzelnen Verfahren entnommen. Diese Vorgehensweise für eine möglichst individuelle und ganzheitliche Förderung lässt sich im Wesentlichen damit begründen, dass sich Autismus-Spektrum-Störungen sehr unterschiedlich auswirken.

Ein solches Vorgehen ermöglicht eine Förderung, die Kindern und Jugendlichen mit ASS den Freiraum für eine persönliche Entfaltung und für Spontaneität sowie für Phantasie und Kreativität lässt. Eine flexible Handhabung ist nach wie vor für den Pädagogen als auch für das Kind bzw. den Jugendlichen gegeben. Die Vorgehensweise bleibt dabei hauptsächlich dem Pädagogen überlassen. Unter Beachtung der bestehenden Förder- und Therapiekonzepte wird eine auf autistischemtheoretischen Grundlagen aufbauende Förderung im Schneckenhaus möglichst individuell ausgerichtet. Einzelne Elemente der Förder- und Therapiekonzepte können hilfreiche Mittel sein, um dem Ziel eines gewünschten Verhaltens näher zu kommen. Um angemessene Verhaltensweisen einzuüben, werden verhaltenstherapeutische Maßnahmen nicht einfach übergangen. Aspekte von TEACCH, PECS und Social Stories sowie das Theory-of-Mind-Training werden berücksichtigt und umgesetzt, wenn diese im individuellen Fall notwendig werden. Ergänzend werden Kontakte zum Logopäden und Ergotherapeuten hergestellt, falls eine solche Förderung im individuellen Fall erforderlich scheint. Der Zugang zu einzelnen Therapie- und Förderverfahren wird im Schneckenhaus also offen gehalten.

Einzelne Personen mit ASS reagieren unterschiedlich auf jeweils das gleiche Verfahren. Eine Chance für eine gelingende Förderung soll nicht vertan werden. Einzig und allein bleibt die Anwendung eines Förder- oder Therapiekonzeptes bzw. einzelner Elemente davon abhängig, ob sie zum aktuellen Zeitpunkt dem Kind bzw. Jugendlichen mit ASS entsprechen. Auch den Intensitätsgrad eines angewandten Verfahrens in Verbindung mit weiteren Konzepten gilt es individuell abzuwiegen. Um dieses jedoch einzuschätzen, ist eine prozessbegleitende und gründliche Diagnostik notwendig. Im Schneckenhaus finden regelmäßige Team-, Fall- und Supervisionssitzungen statt, die für die Feststellung des individuellen Förderbedarfs einen bedeutsamen Beitrag liefern.

Dieses individuell gestaltete Förderprogramm, welches Förder- und Therapiekonzepte berücksichtigt, weist im Schneckenhaus Erfolge auf. Folgende Beispiele aus dem Schneckenhaus 3 verdeutlichen dieses: Über ausgewählte verhaltenstherapeutische bzw. über ABA-Methoden konnten bei einzelnen Kindern im Schneckenhaus Toilettentrainings erfolgreich abgeschlossen sowie zu einem selbstreflektierterem Verhalten beigetragen werden. Mittels TEACCH wurde eine selbstsichere und selbständige Handlungs- und Lernbasis erreicht. Angemessene Verhaltensweisen, soziale Regeln und ein Verständnis für bestimmte soziale Situationen ließen sich über das Sozialtraining in Verbindung mit den Social Stories einüben. Mit Hilfe von Elementen aus dem Theory-of-Mind-Training wurde ein besseres Verständnis der eigenen und fremden Gefühlslage erzielt.

Ein bedeutender Förderaspekt, welcher für eine Verhaltensmodifikation von nicht unrelevanter Bedeutung ist, stellt die Integration dar. Über das „Lernen am Modell“ lassen sich angemessene Verhaltensweisen relativ einfach und „spielerisch“ einüben. Auch wenn das Schneckenhaus diesem mit schulischen Einzelintegrationen und seit diesem Schuljahr (‘11/‘12) mit einer Außenklasse für die älteren Kinder und Jugendlichen mit ASS begegnet, bleibt diesbezüglich ein Bedarf vorhanden. Dies gilt vor allem im sozial- und heilpädagogischen Förderbereich. Ein integratives Sozialtraining könnte hinsichtlich eines Trainings sozial angemessener Verhaltensweisen sehr wirkungsvoll sein. Eine solche Realisierung wäre als Ergänzung zu den bisherigen Verfahren wünschenswert.

#### **7.4 Die Förderung im Schneckenhaus unter Berücksichtigung der Förder- und Therapiekonzepte aus Sicht des psychologischen Fachdienstes – Ergebnisse aus dem Interview mit Frau P.**

Im Rahmen dieser Arbeit wurde ein Interview mit einer Diplom Heilpädagogin des psychologischen Fachdienstes der „Stiftung Jugendhilfe aktiv“ geführt, die das Konzept Schneckenhaus mitentwickelt und aufgebaut hat. Darüber hinaus ist sie für die Fort- und Weiterbildung, als auch für die Beratung der Schneckenhausmitarbeiter bei Fallbesprechungen und für deren Supervision zuständig. Ziel ist es an dieser Stelle, einen Einblick in die Förderung des Schneckenhauses unter besonderer Berücksichtigung des Einsatzes der Förder- und Therapiekonzepte zu geben, welche aus der Sicht des psychologischen Fachdienstes (Expertin) betrachtet wird. Darüber hinaus soll die Einstellung der Expertin hinsichtlich der Förder- und Therapiekonzepte erfasst werden.

Heute geht man von Autismus-Spektrum-Störungen aus. Darunter lassen sich ganz unterschiedliche autistische Verhaltensformen finden. Als Zielgruppe aus dem Autismus-Spektrum nennt Frau P. Schüler der Sonderschule für Erziehungshilfe, von der ersten Klasse bis zur neunten Klasse. Es handelt sich um Kinder und Jugendliche, die eine Diagnose aus dem Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen durch einen Kinder- und Jugendpsychiater oder durch eine Kinderklinik erhalten haben. Überwiegend werden im Schneckenhaus Kinder und Jugendliche mit Asperger-Syndrom, Frühkindlichem Autismus, meist in Verbindung mit dem High-Functioning-Autismus oder mit Atypischem Autismus gefördert. Da die Schule für Erziehungshilfe den Bildungsgängen der Regel- und Förderschule folgt, können autistische Kinder und Jugendliche mit einer höheren kognitiven Beeinträchtigung nicht aufgenommen werden. Ein diagnostisches Jahr (erstes Förderjahr im Schneckenhaus) soll helfen, darüber zu entscheiden, ob das Kind bzw. der Jugendliche im Schneckenhaus adäquat gefördert werden kann oder ob ein anderer Förderort gefunden werden muss.

Frau Ps. Einstellung gegenüber Förder- und Therapiekonzepten für Menschen mit ASS ist die, dass es keine Allheilmethode gibt. Sie ist der Meinung, dass individuelle Lösungen gefunden werden müssen. Sie begründet dies damit, dass Menschen mit ASS besondere Personen mit unterschiedlichen Förderbedürfnissen sind, denen mit individuellen Angeboten begegnet werden

soll. Für sie sollte eine Therapie bzw. eine Förderung immer im gesamten Rahmen stimmig sein. Neben dem methodischen Vorgehen, zählen für sie inhaltliche, zeitliche und finanzielle Aspekte eine bedeutende Rolle bei der Anwendung einer Förderung. Diese Aspekte sollen im Einklang mit einer Familienverträglichkeit stehen. Die Heilpädagogin ist der Ansicht, dass die Existenz eines Kindes mit ASS die Familie bereits einschränkt. Deshalb muss die Familie unter entsprechender Beratung für sich entscheiden, ob sie ein zeitlich intensives Förderprogramm eingehen möchte. Anzeichen für eine Überbelastung durch die Förderung des Kindes mit ASS zeichnen sich in der Familie häufig durch Krisen in der Ehe und durch Probleme bei den Geschwisterkindern ab. Frau P. hält es für sehr wichtig, dass Fachleute bei der Empfehlung von Förder- und Therapiemöglichkeiten die gesamte Familiensituation beleuchten und dass diese in der Förderung berücksichtigt werden. Eine Eingrenzung durch Förder- bzw. Therapiekonzepte ist laut der Heilpädagogin immer dann gegeben, wenn diese nicht individuell auf die einzelnen Personen abgestimmt sind. Wenn man sich zu stark an die Vorgaben des Konzeptes klammert, dann kann es passieren, dass eine individuelle Zuschneidung nicht mehr gewährleistet wird. Aus diesem Grund ist es wichtig, eher das Familiensystem in betracht zu ziehen und weniger das Konzept selbst.

Als Grundlage für eine ganzheitliche Förderung sollte nach der Expertin eine umfassende Diagnostik, am besten eine Verhaltensbeobachtung in den verschiedenen Lebensbereichen, geschehen. Daraus sollen individuelle Fördermaßnahmen entwickelt werden, welche sich auf diverse Förder- und Therapiekonzepten beziehen.

Außerdem ist für Frau P. bei der Auswahl eines Förderprogramms bedeutsam, in wie weit das Verfahren im Alltag vernetzt werden kann. Eine Vernetzung sei vor allem bei TEACCH gegeben, weil bei diesem Konzept viele konkrete und einfach zu verstehende Tipps an die Eltern gegeben werden können, aber auch bei PECS, FC und bei ABA sei dieses möglich. Isolierte Fördersituationen hält die Heilpädagogin für ineffektiv.

Als ein besonders hilfreiches Konzept sieht Frau P. den TEACCH-Ansatz an. Sie begründet dieses damit, dass im Schneckenhaus eine Milieuthérapie realisiert werden soll. TEACCH enthält Elemente, mit denen dieser begegnet werden kann. Sicherheit und Orientierung wird vermittelt, wodurch ein „sich auf das Lernen einlassen“ ermöglicht wird. Im Schneckenhaus wird deshalb darauf besonders geachtet, dass eine Strukturierung der Räume, eine gewisse Ordnung, personelle Sturkuren, Tagespläne sowie Stundenpläne gegeben sind. Auch Elemente aus der Sensorischen Integrationstherapie hält sie für die Förderung der Kinder und Jugendlichen im Schneckenhaus für wichtig. Für ein erfolgreiches Lernen ist es bedeutend, dass vor der Förderung die Sensorische Integration diagnostisch betrachtet wird. Daran sollen geeignete individuelle Hilfestellungen realisiert werden, wie z.B. dass bei einer auditiven Überempfindlichkeit ein Kopfhörer verabreicht wird, damit sich der Schüler auf seine Hausaufgaben konzentrieren kann. Auch Tiefendruckmassagen kommen zum Einsatz, indem das Kind in Matten eingewickelt wird. Des Weiteren hält Frau P. verhaltenstherapeutische Elemente, wie Belohnungssysteme für

hilfreich, damit die Kinder und Jugendlichen lernen, sich selbst zu reflektieren und um eine Verhaltensmodifikation zu erzielen.

Die Effektivität durch das TEACCH-Konzept ist vor allem bei Schülern, die vorher eine oder mehrere andere Schulen besucht und ein Schulscheitern erlebt haben, erkenntlich. Mehrfach konnte festgestellt werden, dass sich solche Schüler in dem geordneten Setting sehr schnell beruhigen und sich auf das Lernen einlassen. Die Heilpädagogin beobachtete dies z.B. bei einem Jugendlichen aus dem Schneckenhaus 2, welcher zu Beginn der Förderung im Schneckenhaus kaum beschulbar war, sich aber auf Grund der vorzufindenden Strukturen in den Unterricht und in die Fördergruppe einfinden konnte. Eine Beschulung könne heute ohne große Schwierigkeiten geschehen.

Als schädliche Methode sieht Frau P. die Festhaltetherapie an, weil diese ein massiver Eingriff für die Kinder bedeutet und es offensichtlich sei, dass sich die Kinder dabei wehren und diese Therapie deutlich ablehnen. Die kommunikationsunterstützenden Methoden hält sie dann für schädlich, wenn sie nur von einer Person angeboten wird. Für ein erfolgreiches Gelingen müssen mehrere Personen das Stützen im Umfeld des Betroffenen übernehmen. Um die Gefahr der Manipulation auszuräumen, gehört für Frau P. bei der Anwendung von FC, eine diesbezügliche Aus- und Weiterbildung sowie eine begleitende Supervision und eine selbstkritische Einstellung dazu. Frau K. ist der Meinung, dass FC für einzelne Betroffene eine Hilfe bieten kann. Sie macht dieses an eigenen Erlebnissen fest. Sie führte FC bei einem Jungen durch, der im Laufe der Zeit mittels der gestützten Kommunikation einfache Bedürfnisse zum Ausdruck bringen konnte. Heute kommuniziere dieser Schüler mit Hilfe einer Schulbegleiterin über FC deutlich mehr. Des Weiteren führt Frau P. ein Beispiel einer ehemaligen Schülerin (L.) auf. Während der Förderung im Schneckenhaus wurde es sehr kritisch betrachtet, ob sich das Mädchen über FC ausdrücken kann. Heute kann sie damit den Mathematik- und Deutschunterricht der Realschule folgen. Es reiche aus, wenn die Stützerin die Hand auf ihre Schulter legen oder daneben sitzen würde.

Die Stärke der Förderung im Schneckenhaus begründet die Heilpädagogin vor allem damit, dass die Sonderschullehrer, die Sozial- und Heilpädagogen ein gemeinsames Team bilden und mit den Eltern sehr eng zusammenarbeiten. Damit kann eine enge, umfassende und individuelle Förderung geboten werden. Aus unterschiedlichen Perspektiven kann so ein gemeinsames Ziel verfolgt werden. Eine weitere Stärke des Schneckenhauses sieht sie in der Milieuthérapie. Im Vergleich zu anderen schulischen bzw. pädagogischen Angeboten können den Kindern und Jugendlichen mit ASS im Schneckenhaus über einen großen zeitlichen Umfang eine strukturierte Umgebung mit sehr guten personellen Ressourcen bereitgestellt werden. Eine individuelle Förderung lässt sich deshalb einfach realisieren. Grenzen werden der Förderung im Schneckenhaus u.a. durch das Jugendamt gesetzt. Vor allem ein Landkreis des Einzugsgebietes stellt Maßstäbe an eine Förderung auf, die häufig nicht im Einklang mit den Wünschen der Eltern und Pädagogen des Schneckenhauses stehen. Hinsichtlich der Förderung entsteht ein Zeitdruck und Schüler müssen in die Regel- oder Geistigbehindertenschule umgeschult werden, obwohl die Pädagogen und die Eltern nicht hinter dieser Entscheidung stehen. Auch die Forderung nach

Inklusion stellt zunehmend eine größere Belastung für die Förderung im Schneckenhaus dar. Laut Frau P. wurde das Schneckenhaus gerade deshalb eingerichtet, um Schülern, die einen Schonraum benötigen, einen solchen einzuräumen. Es besteht die große Sorge, dass die hohe personelle Versorgung durch die Lehrer zukünftig nicht mehr aufrechterhalten werden kann und Lehrerstellen gestrichen werden. Eine weitere Grenze der Förderung ist im Schneckenhaus auch dann gegeben, wenn die Eltern mit großen Belastungen, wie z.B. einer psychischen Erkrankung, beeinträchtigt sind. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Eltern sind dann Grenzen gesetzt, weil sie die Förderaspekte nicht in den häuslichen Alltag übertragen können.

Hinsichtlich des Einsatzes der Förder- und Therapiekonzepte in der schulischen Förderung ist die Heilpädagogin der Ansicht, dass diese häufig an Grenzen stößt, wenn sie mit den Lehrplänen kollidiert. Eine individuelle Förderung ist auch im schulischen Kontext sehr wichtig, kann aber schwieriger sein. Als Lehrer sei man immer auch dazu geneigt, eine Förderung unter Betrachtung des Bildungsplanes für alle Schüler unter den gleichen Maßstäben auszurichten. Im Rahmen der Sonderschule solle man sich als Lehrer aber auch etwas freier von den Vorgaben des Bildungsplans machen. Um den Schülern Sicherheit und Struktur zu vermitteln, wären laut Frau P. Elemente aus dem TEACCH-Konzept sinnvoll, sodass ein geordneter Rahmen für das Lernen ermöglicht werden kann. Dazu sollen auch Elemente aus der Wahrnehmungsförderung bzw. Sensorischen Integrationstherapie eingesetzt und in den Unterricht einbezogen werden, z.B. bei Entscheidungen über den Sitzplatz und Aufgabenstellungen.

Aus dem Gespräch mit Frau P. wurde ihre Einstellung bezüglich der Förderung für Kinder und Jugendliche mit ASS ersichtlich. Sie plädiert dafür, dass einzelne Elemente aus Förder- und Therapiekonzepten entnommen werden. Eine individuelle Förderung eines Kindes oder Jugendlichen mit ASS zeichnet sich für sie durch eine individuelle Auswahl an Elementen hinsichtlich diverser Förder- und Therapiekonzepten aus. Ihre Begründung dafür ist, dass die Probleme der Kinder und Jugendlichen mit ASS sehr vielschichtig sind, sodass man diesen mit vielschichtigen Förderangeboten begegnen sollte. Fast jedes Förder- oder Therapiekonzept enthält Elemente, die für eine individuelle Förderung hilfreich sein können. Ihrer Meinung nach sollte man als Pädagoge bzw. als Therapeut den Mut haben, Förder- und Therapiekonzepte an die einzelne Situation anzupassen. Die Expertin ist davon überzeugt, dass man über eine solche multimodale bzw. kombinierte Förderung den Kindern und Jugendlichen mit ASS mehr gerecht wird, als wenn man eine einzelne Therapiemethode anwendet.

Diese Einstellung über eine multimodale Förderung teilt der Verfasser dieser Arbeit mit der befragten Person. Darüber hinaus konnte über dieses Interview deutlich werden, dass die Ansichten der Expertin in vielen Aspekten mit Aussagen, Meinungen und Einstellungen des Autors (siehe vorangehende Ausarbeitung der Thematik) übereinstimmen.



## 8. Zusammenfassende Diskussion

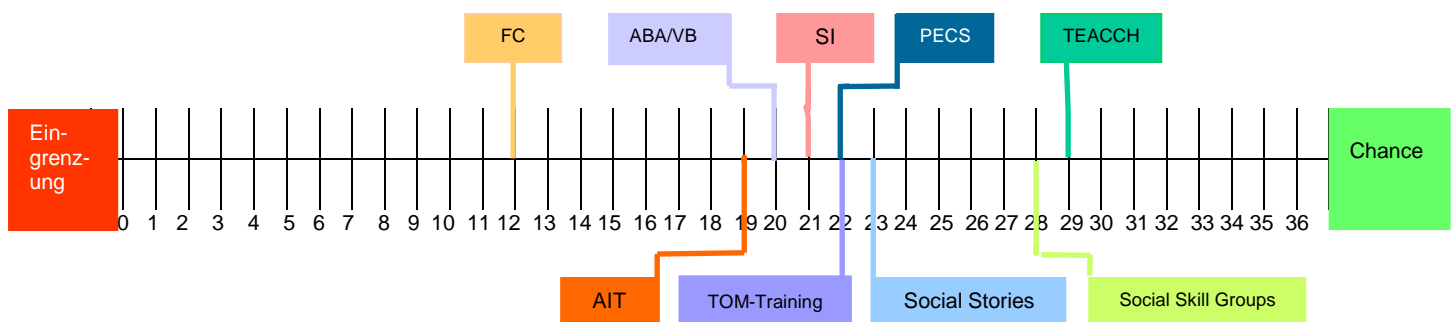
Autismus-Spektrum-Störungen lassen sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht durch eine einzige kausale Intervention reduzieren. Vielmehr werden einzelne Symptome betrachtet, an denen sich die Förder- und Therapiekonzepte orientieren. Einige Verfahren konnten in dieser Arbeit erläutert werden. An dieser Stelle seien jedoch weitere Verfahren bezüglich ihrer symptomatischen Interventionsmöglichkeit erwähnt, um eine möglichst vollständige Übersicht darstellen zu können:

Art der Förderung	Förder- und Therapiekonzepte
Verhaltenstherapeutische Verfahren	STEP-Programm (vgl. Bernhard-Opitz 2005)
Verfahren zur Förderung der Wahrnehmung	Auditory Integration Training und Auricula-Training Tomatis-Therapie Irlen Lenses / Skotopische Sensibilisierung
Förderung sozialer Kompetenzen und der Beziehung	Gentle Teaching Option Methode Relationship Development Intervention
Förderung der Kommunikation	Training alternativer Kommunikationsformen: Gebärdensprache Musiktherapie Sprachtherapie / Logopädie
Körperbezogene Verfahren	Therapie nach Doman-Delacato Festhaltetherapie
Tierbezogene Verfahren	Reittherapie Delfintherapie
Kombinierte Verfahren	Daily-Life-Therapy (Higashi Schools)
Psychopharmakotherapie (Vgl. REMSCHMIDT/KAMP-BECKER 2006 182)	Aggressives Verhalten und Selbstverletzendes Verhalten: Atypische Neuroleptika, Lithium, Antikonvulsiva, Clonidin Stereotypien, Rituale: SSRI, Atypische Neuroleptika Hyperaktivität, impulsives Verhalten: Stimulanzien, Atypische Neuroleptika, Clonidin, Naltrexon, Angstzustände: Buspiron, Atypische Neuroleptika, Clonidin Depression: Antidepressiva vom Typ des SSRI

(vgl. WEIS (2002) 5 f.)

Stellen nun Förder- und Therapiekonzepte eine Chance oder Eingrenzung dar? Eine pauschale Antwort lässt sich darauf nicht ohne weiteres geben.

Unter der Betrachtung ausgewählter Kriterien (siehe Anhang A1), ergibt sich folgende Einschätzung für die Einteilung der Förder- und Therapiekonzepte als Chance oder Eingrenzung:



Die Begründung für diese Einschätzung bezieht sich auf die Auseinandersetzung im Hauptteil dieser Arbeit. Im Folgenden werden die relevantesten Gründe noch einmal zusammengefasst:

ABA ist ein autismspezifisches Therapieverfahren, welches über teilweise sehr „starre“ und „mechanische“ verhaltenstherapeutische Methoden eine Verhaltensmodifikation herbeiführen möchte. Eine Anpassung an den individuellen Förderbedarf wird durch eine vorausgehende Verhaltensanalyse beabsichtigt. Das Verfahren verlangt eine hohe Fachkompetenz. Durch eine inadäquate Anwendung und durch die starke Lenkung von außen besteht die Gefahr, die Person

mit ASS in ihrer persönlichen Handlungsfreiheit einzuschränken. Die Vorgehensweise verlangt das Einhalten der Vorgaben und eine entsprechende Konsequenz, welches nicht selten im Gegensatz zu einer Flexibilität und Spontaneität steht. Die Förderung nimmt sehr viel Zeit in Anspruch und für die Umsetzung bedarf es mehreren Betreuern. Eltern werden massiv in die Rolle der Therapeuten eingebunden. Daraus kann möglicherweise eine Einschränkung im Familienleben resultieren. Dennoch ist ABA / VB wissenschaftlich gut untersucht und liefert positive Effekte. Das Konzept stellt ein umfassendes Verfahren dar, schließt aber weitere Förder- und Therapiekonzepte nicht explizit aus. Es bietet sein Angebot an Personen des kompletten Autismus-Spektrums, tendenziell wendet es sich aber mehr Kindern mit einem Low-functioning Autismus (LFA) zu.

TEACCH verfolgt eine starke Orientierung an den individuellen Förderbedürfnissen. So werden individuelle Hilfen zur Unterstützung des Lernens bereitgestellt. Eine Gefahr beläuft sich darin, das Konzept zu rigide anzuwenden, wodurch autistische Verhaltensweisen aufrechterhalten bleiben könnten. Fachkenntnisse sind unbedingt notwendig. Das Konzept ist wissenschaftlich überprüft und lässt auf überwiegend positive Wirkungen schließen. TEACCH kann sowohl in der Schule und im Kindergarten als auch in den Bereichen des Wohnens, Arbeitens und der Freizeit angewandt werden. Mit relativ geringem finanziellem, zeitlichem und materiellem Aufwand kann das Konzept umgesetzt werden. Die Integration weiterer Förder- und Therapiekonzepte sieht das TEACCH-Konzept vor. Das TEACCH-Angebot eignet sich hauptsächlich für Personen mit LFA, tendenziell weniger für Menschen mit Asperger-Syndrom und High-functioning-Autismus (HFA).

PECS bezieht seine Förderung auf das Individuum. Durch eine Verstärkerdiagnostik wird die Grundlage für ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen geschaffen. Die Anwendung hängt vom Material ab. Aus diesem Grund kann die Kommunikationsförderung nicht in jeder, aber dennoch in vielen Situationen ausgeführt werden. Das Konzept ist wissenschaftlich überprüft und stützt sich teilweise auf positive Ergebnisse. Mit geringem finanziellem aber hohem personellem Aufwand (Phase 1 und 2) kann das Konzept umgesetzt werden. Die Anwendung wird durch eine klare Vorgehensweise vorgegeben. Diese findet zunächst in einem unnatürlichen Lernarrangement statt, öffnet sich dann aber zu einem alltäglichen Lernkontext. PECS dient vor allem stark kommunikationsbeeinträchtigten Personen mit ASS. Dies sind häufiger Menschen mit LFA.

FC versucht eine individuelle Anpassung zu schaffen. Die Gefahr der Fehlinterpretation des Konzeptes und einer Manipulation bei der Ausführung ist bei diesem Konzept besonders groß. Ein gründliches Wissen hinsichtlich der Anwendung des Verfahrens ist unbedingt notwendig. Zudem kann die Förderung nur von wenigen Personen durchgeführt werden. Dies schränkt eine flexible Kommunikation und deren Förderung ein. Unklarheit besteht hinsichtlich der Wirksamkeit des Förderkonzeptes. Studien liefern hierzu widersprüchliche Aussagen. Der Integration weiterer Förder- und Therapiekonzepte steht nichts im Wege. Das Konzept bietet sich für Personen mit ASS an, die stark in ihrer Kommunikation beeinträchtigt sind.

Auch wenn bei „Social Skill Groups“ die Gruppe im Vordergrund steht, wird eine Orientierung am individuellen Förderbedarf erzielt. Eine mögliche Gefahr besteht bei diesem Konzept darin, dass die Förderinhalte isoliert bleiben und das Gelernte so nicht auf andere Situationen und auf den

Alltag bezogen werden kann. SOKO Autismus begegnet diesem und bietet die Förderung in einem natürlichen Lernarrangement an. Forschungsergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit lassen auf positive Ergebnisse schließen. Das Verfahren bedarf der Fachkenntnisse. Durch die Zusammenarbeit mit den Eltern lässt sich eine besondere Effektivität erzielen. Eine Anleitung der Eltern findet aber nicht in jedem Fall statt. Überwiegend Personen mit HFA und Asperger-Syndrom gelten als Zielgruppe eines Sozialtrainings, aber auch für Menschen mit LFA können solche Gruppenangebote realisiert werden. Ein soziales Gruppentraining erlaubt nicht nur weitere Förder- und Therapiekonzepte, sondern ist vielmehr darauf angewiesen. „Social Stories“, „Theory-of-Mind-Training“ und die „AIT“ sind Konzepte, die sich hier für gezielte Förderinhalte anbieten. Mit geringen materiellen, personellen und finanziellen Mitteln lassen sich diese realisieren. Alle drei Verfahren sind jedoch wissenschaftlich noch nicht ausreichend abgeklärt und können somit nicht mit positiven Resultaten überzeugen. Eine Schwierigkeit könnte sich aus der Generalisierung bzw. aus der Übertragung des Gelernten auf den Alltag ergeben. Eine weiterführende Unterstützung ist entscheidend, ob die Förderung in alltäglichen Situationen gelingt. Während die AIT tendenziell mehr Menschen mit LFA anspricht, bieten sich das Konzept „Social Stories“ und das TOM-Training vor allem für Menschen mit HFA und Asperger-Syndrom an.

Die Förderung nach der Sensorischen Integrationstherapie orientiert sich am Individuum. Sie bezieht sich im engeren Sinne auf fixe Materialien, auf ausgewählte Ort und Zeiten. In zahlreichen alltäglichen Situationen können aber Förderinhalte trainiert werden. Die Spontaneität und Flexibilität sind deshalb nicht eingeschränkt. Das Konzept scheint leicht umsetzbar zu sein. Darin besteht aber die Gefahr einer inadäquaten oberflächlichen Anwendung. Dem Konzept liegen ergotherapeutische Kenntnisse zu Grunde. Auch hier ist eine intensive Auseinandersetzung unbedingt erforderlich. Aus der Praxis können positive Ergebnisse entnommen werden. Wissenschaftlich lässt sich die Wirksamkeit für Menschen mit ASS nicht stichhaltig nachweisen. Das Konzept ist für Personen mit ASS gedacht, die in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt sind.

Aus der Einschätzung geht hervor, dass das Sozialtraining (Social Skill Group) und das TEACCH-Konzept unter den betrachteten Interventionsverfahren die größten Chancen für Kinder und Jugendliche mit ASS beinhalten. Beide Konzepte stellen ein Rahmenprogramm für die Förderung dar, dessen Inhalt mit den Förderbedürfnissen gut abgestimmt werden können. Sie beziehen weitere Förder- und Therapiekonzepte mit ein, so dass eine multifunktionale Förderung möglich werden kann. Eingrenzungen bzw. Einschränkungen sind bei beiden gering. Durch die offene Gestaltungsform und individuelle Anpassungsmöglichkeit kann die Eingrenzung der persönlichen Entfaltung gering gehalten werden. Auch die Flexibilität kann aufrecht erhalten bleiben. Beide Verfahren ermöglichen eine Entlastung für die Eltern und schränken das familiäre Zusammenleben durch einen hohen Zeit-, Finanz- und Personalaufwand wenig ein. Die Eltern werden in die Förderung eingebunden, können jedoch die Rolle der Mutter und des Vaters beibehalten und müssen nicht zu sehr die Rolle des Therapeuten übernehmen. Darüber hinaus, gehen beide Konzepte auf zwei sehr zentrale Förderbereiche des Autismus-Spektrums ein, auf die

Kommunikation und auf die soziale Interaktion. Das Sozialtraining und das TEACCH-Konzept nehmen in der multimodalen Förderung des Schneckenhauses die wichtigste Bedeutung ein und haben dort eine tragende Funktion. Beide Interventionsverfahren haben sich hier über viele Jahre hinweg bewährt. Gerade für einen Generalisierungseffekt und für die Übertragung des Gelernten auf alltägliche Situationen beinhaltet das Sozialtraining, aber auch das TEACCH-Konzept eine große Chance, wenn diese entsprechend begleitet werden. Abschließend lässt sich sagen, dass beide Konzepte empfehlenswert sind. Dennoch sollten aber auch diese in eine multimodale Förderung bzw. Therapie einbezogen werden.

Wenig überzeugend ist das FC-Konzept. Viele Fragen bleiben ungeklärt. Der Verdacht der Manipulation und die Gefahr der Fehlinterpretation des Konzeptes können nicht ausgeräumt werden. Durch eine mögliche inadäquate Anwendung wird der FC-Nutzer in seiner kommunikative Ausdrucksweise beraubt, wodurch eine Eingrenzung der persönlichen Entfaltung geschehen kann. Darüber hinaus kann eine Überforderung des FC-Nutzers und dessen Familie nicht ausgeschlossen werden. Die Anwendung ist auf wenige Personen reduziert. Dennoch kann dieses mit einem hohen personellen und zeitlichen Aufwand verbunden sein. Das familiäre Zusammenleben kann dadurch belastet werden. Wissenschaftlich gibt es keine eindeutigen Anhaltspunkte, die auf eine positive Wirkung schließen lassen. Zum aktuellen Zeitpunkt ist das Konzept wenig empfehlenswert. Eine Anwendung sollte nur dann geschehen, wenn keine anderen Möglichkeiten für eine Kommunikationsförderung gesehen werden. Selbst dann sollte die Durchführung nur unter kritischer Betrachtung und hoher Fachkompetenz geschehen.

Eine Eingrenzung durch Förder- und Therapiekonzepte ist weniger ausgeprägt als die Chancen, die sich aus den meisten Verfahren ergeben. Dies lässt sich aus der Auseinandersetzung bezüglich der Förder- und Therapiekonzepten unter den gewählten Kriterien entnehmen. Eine gänzliche Ablehnung oder Missachtung dieser Methoden ist unangebracht. Zu viele Chancen birgen die autismspezifischen Interventionsverfahren in sich, um diese abzulehnen. Für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen mit ASS bieten Förder- und Therapiekonzepte hilfreiche Methoden, um positive Verhaltensweisen sowie soziale und kommunikative Kompetenzen aufzubauen, Ängste zu minimieren und dadurch aus ihren routinierten „starren“ Verhaltensweisen heraustreten können. Wenn gleich dieses nicht für alle Menschen mit ASS im selben Maße gilt, können somit Förder- und Therapieverfahren einen großen Beitrag zur Teilhabe an der Gesellschaft durch Integration in diversen Lebensvollzügen ermöglichen. Eine Eingrenzung ergibt sich vor allem dann, wenn Förder- und Therapiekonzepte inadäquat angewandt werden.

Nach der Auseinandersetzung mit den vorangegangenen Förder- und Therapiekonzepten kann letztlich gesagt werden, dass eine Förderung für Menschen mit ASS dann erfolgreich ist, wenn die Person ganzheitlich und individuell betrachtet wird. Förder- und Therapieverfahren sollten sich also am Individuum ausrichten. Eine multimodale Förderung, wie sie im Schneckenhaus realisiert wird, bietet für eine individuell angepasste Förderung eine bedeutende Chance.

Ein individuell zugeschnittenes Förder- und Therapieprogramm lässt sich am besten erreichen, indem Elemente aus den diversen Verfahren, welche sich am individuellen Förderbedarf orientieren, entnommen und schließlich angewandt werden.

Dieses Vorgehen bedarf einer gründlichen Einschätzung der vielfältigen Kompetenzen einer Person. Die Auswahl bzw. die Zusammenstellung des individuellen Therapieprogramms muss begründet und nachvollziehbar sein. Eine bloße unreflektierte Mischung der Förder- und Therapiekonzepte ist genauso suboptimal, wie sie isolierte, nichtintegrative Verfahren darstellen.

Letztlich bleibt die Effektivität einer Intervention davon abhängig, in welchem Rahmen bzw. Kontext eine solche Förderung geschieht. Welche personellen und zeitlichen Ressourcen stehen der Förderung zur Verfügung? In welchem Umfeld wächst das Kind oder der Jugendliche auf? In wie weit arbeiten Pädagogen, Therapeuten und Eltern gemeinsam und verfolgen dieselben Ziele? Diese und noch viele weitere Fragen stellen zentrale Aspekte dar, die es für eine erfolgreiche Intervention abzuklären gilt.

Am Beispiel des Schneckenhauses konnte aufgezeigt werden, in welchem Rahmen eine ganzheitliche, möglichst individuell ausgerichtete Förderung realisiert werden kann. Elemente aus Förder- und Therapiekonzepten werden kombiniert angeboten und auf einzelne Kinder bzw. Jugendliche zugeschnitten. Anhand eines Gerüsts lässt sich dieses bildlich darstellen. Die verschiedenen Elemente des Gerüsts sind miteinander verbunden und so durchlässig, dass auf unterschiedlichen Wegen eine höhere Ebene erreicht werden kann. Diese Elemente bieten die Basis und die Stabilität für eine Förderung der Selbständigkeit, der Unterstützung bei Entwicklungsprozessen, das Einüben lebenspraktischer Tätigkeiten und weiteren Förderinhalten. Eine Förderung, welche Elemente der verschiedenen Förder- und Therapiekonzepte berücksichtigt, „rüstet“ Kinder und Jugendliche des Autismus-Spektrums mit Handlungs-, Sach- und Sozialkompetenzen aus, ohne die Personen in ihren Lebenszusammenhängen einzugrenzen.

Was gilt es aber zukünftig in der Wissenschaft zu beachten? Neben der weiterführenden, gründlichen wissenschaftlichen Abklärung der einzelnen Förder- und Therapiekonzepte sollte künftig der Frage nachgegangen werden, in wie weit kombinierte Therapie- und Förderprogramme effektiv sind. Des Weiteren ist es von wesentlicher Bedeutung, dass die vielfältigen Förder- und Therapiemöglichkeiten vor allem bei Fachleuten und auch für Eltern sowie für Betroffene transparent werden. Dazu bedarf es verbesserten Beratungs- und Fortbildungsmöglichkeiten. Nur über ausreichende Informationen bezüglich den Interventionsverfahren können solche eingeleitet und Menschen mit ASS adäquat gefördert und begleitet werden.

Abschließend lässt sich zusammenfassend sagen, dass jedes Förder- oder Therapiekonzept, Chancen und Grenzen in sich birgt, welche es bezüglich einzelner Personen abzuwägen gilt und in Verbindung mit anderen Konzepten ein möglichst individuell zugeschnittenes und ganzheitliches Förder- und Therapiesetting ermöglicht, das das Kind bzw. den Jugendlichen mit ASS auf unsere Gesellschaft vorbereitet.

**Literatur- und Quellenverzeichnis**

- AARONS, M. / GITTENS, T. (Hg.) (2007): Das Handbuch des Autismus. Weinheim und Basel
- AMOROSA, H. (2010): Kontroverse Verfahren. In: NOTERDAEME, M. / ENDERS, A. (Hrsg.) (2010). Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) – Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.
- ATTWOOD, T (2007): Ein ganzes Leben mit dem Asperger – Syndrom. Alle Fragen – alle Antworten. Stuttgart
- ATTWOOD, T. (2005): Asperger – Syndrom. Wie Sie und Ihr Kind alle Chancen nutzen. Stuttgart.
- BATRA, A. / WASSMANN, R. / BUCHKREMER, G. (2000): Verhaltenstherapie: Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete. Thieme Verlag. Stuttgart.
- BERNHARD-OPITZ, V. (2005): Kinder mit Autismus – Spektrum – Störungen (ASS). Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. Stuttgart.
- BERNHARD-OPITZ, V. (2009): Applied Behavior Analysis (ABA) / Autismusspezifische Verhaltenstherapie (AVT). In: BÖLTE, S. (Hrsg.): Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven. Verlag Kleine Wege. Bern.
- BÖLTE, S (2010): Diagnostik der Autismus-Spektrum-Störungen. In: STEINHAUSEN, H-C / GUNDELFINGER, R. (Hrsg.) (2010): Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen. Kohlhammerverlag. Stuttgart.
- BUNDY, A.C. / LANE, S.J. / MURRAY, E.A. (2007): Sensorische Integrationstherapie. 3. Auflage. Springer Medizin Verlag. Heidelberg.
- DANNE, H. (2009): Applied Behavior Anylisis und Verbal Behavior. Grundlagen und Umsetzung bei Autismus. Hermann Danne Selbstverlag. Ulm
- DEGNER, M. (2008): Effektivität des TEACCH-Ansatzes In: DEGNER, M. / MÜLLER, C-M. (Hrsg.) (2008): Autismus – Besonderes Denken – Förderung mit dem TEACCH-Ansatz. Verlag Kleine Wege. Nordhausen.

- DEGNER, M. / TUCKERMANN, A. / HÄUßLER, A. (2008): TEACCH – Methode, Ansatz und Programm. In: DEGNER, M. / Müller, C-M. (Hrsg.) (2008): Autismus – Besonderes Denken – Förderung mit dem TEACCH-Ansatz. Verlag Kleine Wege. Nordhausen.
- DOBERSTEIN, D. (2002): Sozial- und Kommunikationstraining. In Schirmer, B. (Hrsg.) (2002): Autismus in Berlin: Ein Handbuch und Ratgeber. Weidler Verlag. Berlin.
- EICHEL, E. (1996): Gestützte Kommunikation bei Menschen mit autistischer Störung. Projekt-Verlag. Dortmund.
- FREITAG, C.M. (2008): Autismus – Spektrum – Störungen. Reinhardt Verlag. München.
- HÄUßLER, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus – Einführung in Theorie und Praxis. Sol Argent Verlag. Basel.
- HÄUßLER, A. / HAPPEL, C. / TUCKERMANN, A. / ALTGASSEN, M. / ADL-AMINI, K. (2003): SOKO Autismus – Gruppenangebote zur Förderung SOzialer KOmpetenzen bei Menschen mit AUTISMUS – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. Borgmann Verlag. Dortmund.
- HERBRECHT, E. / BÖLTE, S. / POUSTKA, F. (2008): KONTAKT – Frankfurter Kommunikations- und soziales Interaktions-Gruppentraining bei Autismus-Spektrum-Störungen. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- HINZ, M. (2007): Verhaltenstherapeutisch orientierte Förderprogramme und ihr Beitrag zur Unterstützung der Kommunikationsfähigkeit von Kindern mit Autismus – eine kritische Betrachtung von Applied Behavior Analysis (ABA nach Lovaas) und Natural Environment Teaching. Shaker Verlag. Aachen.
- JENNY, BETTINA (2010): Gruppentrainings für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen. In: STEINHAUSEN, H-C / GUNDELFINGER, R. (Hrsg.) (2010): Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.
- JORGENSEN, O-S (1998): Asperger: Syndrom zwischen Autismus und Normalität. Beltz Verlag. Weinheim.
- KARCH, D. / GROß-SELBECK, G. / PIETZ, J. / SCHLACK, H.G. (2002): Sensorische Integrationstherapie nach Jean Ayres. In: AKSU, F. (Hrsg.) (2001): Neuropädiatrie. Novartis Pharma Verlag. Ort: keine Angaben.

- KEHRER, H-E (2000): Autismus: Diagnostische, therapeutische und soziale Aspekte. 6. Auflage. Heidelberg.
- KESPER, G. (2002): Sensorische Integration und Lernen – Grundlagen, Diagnostik und Förderung. Ernst Reinhardt Verlag. München.
- LACHENMAIER, C. (2003): Gestützte Kommunikation. In: LANG, M. / KOCH, A. (2003 (Hrsg.) (2003): Gestützte Kommunikation – gestütztes Handeln. Weidler Verlag. Berlin.
- LECHMANN, C. / DIEPERS-PEREZ, I. / GRASS, H. / PFEIFFER, F. (2009): Das Picture Exchange Communication System (PECS): In BÖLTE, S. (Hrsg.) (2009): Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnose, Intervention, Perspektiven. Hogrefe Verlag. Bern.
- MAILLOUX, Z. (2004): Sensorisch-integrative Intervention bei Kindern mit autistischer Störung. In: SMITH-ROLEY, S. / BLANCHE, E. / SCHAAF, R. (2004): Sensorische Integration – Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen. Springer-Verlag. Berlin / Heidelberg.
- MATZIES, M. (2010): Sozialtraining für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) – Ein Praxisbuch. Kohlhammervlag. Stuttgart.
- MATZIES, M. (2004): Applied Behavior Analysis. (Früh-)Förderung bei Autismus unter besondere Berücksichtigung der Verhaltenstherapie nach O. Ivar Lovaas. Berlin.
- NAGY (2007): Facilitated Communication (FC): In WALTER, S. (Hrsg.) (2007): Autismus – Erscheinungsbild, Ursache und Behandlungsmöglichkeiten. Persen Verlag, Buxtehude.
- NOTERDAEME, M. (2005): Früherkennung autistischer Störungen. In: VON SUCHODOLETZ, W. (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Göttingen.
- NOTERDAEME, M. (2010): Früherkennung und Frühdiagnostik tief greifender Entwicklungsstörungen: Wo ist das Problem? In: SPECK, O. / FEGERT, J-M., / NEUHÄUSER, G. / PETERANDER, F. / SIMONI, H. / WALTHES, R. (Hrsg.) (1/2010): Frühförderung interdisziplinär. Zeitschrift für Frühe Hilfen
- NOTERDAEME, M (2010): Diagnostische Einschätzung. In: NOTERDAEME, M. / ENDERS, A. (Hrsg.) (2010): Autismus-Spektrum-Störungen – Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Kohlhammervlag. Stuttgart.



- POUSTKA, F. / BÖLTE, S. / FEINEIS-MATTHEWS, S. / SCHMÖTZER, G. (2008): Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- POUSTKA, F. / BÖLTE, S. / FEINEIS-MATTHEWS, S. / SCHMÖTZER, G. (2004): Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- REMSCHMIDT, H. (2008): Autismus - Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. Beck Verlag. München
- REMSCHMIDT, H. / Kamp-Becker, I. (2005): Autistische Syndrome und andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen In: REMSCHMIDT, H. (Hrsg.) (2005): Kinder- und Jugendpsychiatrie. 4. Auflage. Thieme Verlag. Stuttgart
- REMSCHMIDT, H. (2000): Autismus - Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen. Beck Verlag. München
- REMSCHMIDT, H. / KAMP-BECKER, I. (Hrsg.) (2006): Asperger-Syndrom. Heidelberg
- ROLLETT, B. (2002): Frühe Kindheit, Störungen, Entwicklungsrisiken, Förderungsmöglichkeiten In: OERTER, R. / MONTADA, L. (Hrsg.) (2002): Entwicklungspsychologie. Beltz Verlag. Weinheim.
- ROLLETT, B. / KASTNER-KOLLER, U. (Hg.) (1994): Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten. 3. Auflage. Stuttgart
- SCHAEFGEN, R. (2007): Sensorische Integrationstherapie. In: SCHEEPERS, C. / STEDING-ALBRECHT, U. / JEHN, P. (Hrsg.). (2007): Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. 3. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.
- SCHIRMER, B. (2010): Schulratgeber Autismus-Spektrum-Störungen – Ein Leitfaden für LehrerInnen. Reinhardt Verlag. München.
- SCHIRMER, B. (2003): Gestützte Kommunikation und Handlungsstörungen. In LANG, M. / KOCH, A. (Hrsg.) (2003): Gestützte Kommunikation – gestütztes Handeln. Weidler Verlag. Berlin.
- SCHRAMM, R. / CLYPOOL-FREY, R. (2009): Verbal Behavior. In: BÖLTE, S. (Hrsg.) (2009): Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnose, Intervention, Perspektiven. Hogrefe Verlag. Bern.
- SCHRAMM, R. (2008): ABA/VB-Einführungsworkshop I. „Sei der beste Lehrer deines Kindes.“ Eine Einführung zu Applied Behavior Analysis und Verbal Behavior. Arbeitsheft mit mündlichem Vortrag. Im Rahmen eines Workshops am 1. und 2. November 2008 in Zürich.

- SCHRAMM, R. (2007): Motivation und Verstärkung – Wissenschaftliche Interventionen bei Autismus. Applied Behavior Analysis und Verbal Behavior. Ein Handbuch für Eltern, Lehrer, Erzieher und andere Fachleute. Hespe: pro-aba. Ort: keine Angaben.
- SCHÜTTERLE, P. (2005): Ein lukratives Tauschgeschäft – das PICTURE EXCHANGE COMMUNICATION SYSTEM (PECS). In: WEGENKE, M. / CASTANEDA, C. (Hrsg.) (2005): Gemeinsamkeiten herstellen – Wege der Kommunikation zwischen Menschen mit Autismus. Loeper Literaturverlag. Karlsruhe.
- SCHÜTTERLE, P. (2002): „Gib mir deine Sprache!“ – Das Picture Exchange Communication System (PECS). In: ISAAC – Zeitschrift „Unterstützte Kommunikation“ (2/2002). Verlag und Verlagsort: Keine Angaben)
- SPITZER, S. / SMITH-ROLEY, S. (2004): Sensorische Integration neu gedacht: Die Philosophie hinter der Praxis In: SMITH-ROLEY, S. / BLANCHE, E. / SCHAAF, R. (2004): Sensorische Integration – Grundlagen und Therapie bei Entwicklungsstörungen. Springer-Verlag. Berlin / Heidelberg.
- STIFTUNG JUGENDHILFE AKTIV (2008): Konzeption Schneckenhaus. Stuttgart.
- STÜMPFIG, S. (2010): Tiefgreifende Entwicklungsstörungen. In PREUß, U. / STÜMPFIG, S. (2010): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Urban und Fischer Verlag. München.
- SYMALLA, R. / FEILBACH, T. (2009): Der TEACCH-Ansatz. In: BÖLTE, S. (Hrsg.) (2009): Autismus – Spektrum, Ursache, Diagnose, Intervention, Perspektiven. Hogrefe Verlag. Bern.
- TSCHÖPE, (2005): Studienletter Autismus. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau.
- WAGNER, R. (2010): Das TEACCH-Programm. In: NOTERDAEME, M. / ENDERS, A. (Hrsg.) (2010): Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) – Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.
- WALTER, S. (2007): Autismus – Erscheinungsbild, Ursache und Behandlungsmöglichkeiten. Persen Verlag, Buxtehude.
- WEISS, M. (2002): Autismus – Therapien im Vergleich. Wissenschaftsverlag Volker Spiess, Berlin.
- WENDLAND, M. (2008): Einführung von TEACCH in einer Förderschule – Von der „Autismus-Klasse“ zur schulinternen Beratungsstelle für Autismus. In: DEGNER, M. / MÜLLER, C-M.

(Hrsg.) (2008): Autismus – Besonderes Denken – Förderung mit dem TEACCH-Ansatz. Verlag Kleine Wege. Nordhausen.

### Internetquellen:

ADAM, H. (2003): Gestützte Kommunikation. Mythos oder Realität? In: [www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik\\_online\\_0303.pdf](http://www.heilpaedagogik-online.com/heilpaedagogik_online_0303.pdf) vom 10.08.2011

BIERMANN, A. (2005): Gestützte Kommunikation – Facilitated Communication. In: Heilpädagogik online (3/2003) In: [www.uni-leipzig.de/-gbpaed/artikel/biermann.html](http://www.uni-leipzig.de/-gbpaed/artikel/biermann.html) vom 10.08.2011

HÄUßLER, A. / TUCKERMANN, A. (3/2007): SOKO Autismus (Kinder) – Ein gruppenpädagogisches Angebot zur Förderung der SOzialen KOmpetenz für Kinder mit Autismus / Asperger Syndrom auf der Basis des TEACCH Modells. In: [www.autismus-rhein-main.de/soko-team.pdf](http://www.autismus-rhein-main.de/soko-team.pdf) vom 20.08.2011

KARCH, D. / GROß-SELBECK, G. / PIETZ, J. / SCHLACK, H.G. (2003): Sensorische Integrationstherapie nach Jean Ayres. In: [www.springerlink.com/content/1r3n2anndjh/fulltext.pdf](http://www.springerlink.com/content/1r3n2anndjh/fulltext.pdf) vom 23.08.2011

KLAUß, T. (Jahr: keine Angaben): Konzepte für Menschen mit Autismus. In: [www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user\\_upload/wp/klauss/Handlungskonzepte\\_Autismus.pdf](http://www.ph-heidelberg.de/fileadmin/user_upload/wp/klauss/Handlungskonzepte_Autismus.pdf) vom 10.08.2011

Matzies, M (2008): Sozialtraining für Menschen mit Autismus. In: [www.sozialtraining-autismus.de/leistungen/einzelfoerderung-im-bereich-sozialtraining/#theory](http://www.sozialtraining-autismus.de/leistungen/einzelfoerderung-im-bereich-sozialtraining/#theory) vom 31.10.11

MATZIES, M. (2006): Soziales Kompetenztraining bei Menschen mit Autismus, insb. High-Functioning-Autismus und Asperger-Syndrom. In: [www.heilpaedagogik.de/bhponline.de/down/public/6xxx-zeitung/200603-04.pdf](http://www.heilpaedagogik.de/bhponline.de/down/public/6xxx-zeitung/200603-04.pdf) vom 20.08.2011

PROBST, P. (2003): „Gestützte Kommunikation“: Eine unerfüllte Verheißung. In: [www.autismus-in-berlin.de/gk-verheissung-1.pdf](http://www.autismus-in-berlin.de/gk-verheissung-1.pdf) vom 10.08.2011

SCHÜTTELE, P. (2001): PECS – Eine kurze Einführung. In: [www.kometh.net/\\_Download/einfuehrung.pdf](http://www.kometh.net/_Download/einfuehrung.pdf) vom 15.08.2011

## Anhang

### A1) Kriterien für die Einschätzung der Förder- und Therapiekonzepte

Förder- und Therapiekonzepte als Chance oder Eingrenzung? Um eine Einschätzung hinsichtlich dieser Fragestellung geben zu können, bedarf es einer Betrachtung der Konzepte unter bestimmten Kriterien. Für die Bewertung wurden folgende (für den Verfasser relevante) Kriterien ausgewählt:

#### Individuelle Anpassung

**Zutreffende Inhalte des Kriteriums:** Das Konzept ist so flexibel gestaltbar, dass es sich an die individuellen Förderbedürfnisse anpasst.

Förder- und Therapiekonzepte	4 <i>deutlich gegeben</i>	3 <i>gegeben</i>	2 <i>mäßig gegeben</i>	1 <i>gering gegeben</i>	0 <i>gar nicht gegeben</i>
ABA / VB		+			
TEACCH	+				
PECS		+			
FC			+		
Social-Skriil-Groups (SOKO Autismus)		+			
Social Stories / Comic Strip Convention		+			
Theory-of-Mind-Training		+			
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training		+			
Sensorische Integrationstherapie		+			

#### Persönliche Entfaltung

**Zutreffende Inhalte des Kriteriums:** Das Konzept lässt ein autonomes bzw. selbstbestimmtes Handeln, eigene Ideen, Kreativität, Phantasie, Einstellungen, Haltungen und diverse / alternative Ausdrucksweisen zu. Diese Bereiche werden darüber hinaus gefördert.

Förder- und Therapiekonzepte	4 <i>deutlich gegeben</i>	3 <i>gegeben</i>	2 <i>mäßig gegeben</i>	1 <i>gering gegeben</i>	0 <i>gar nicht gegeben</i>
ABA / VB				+	
TEACCH		+			
PECS			+		
FC				+	
Social-Skriil-Groups (SOKO Autismus)		+			
Social Stories / Comic Strip Convention		+			
Theory-of-Mind-Training		+			
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training		+			
Sensorische Integrationstherapie		+			

## Spontaneität / Flexibilität

**Zutreffende Inhalte des Kriteriums:** Das Konzept kann in diversen Situation angewandt werden und schränkt spontane Situationen / Erlebnisse nicht ein.

<b>Förder- und Therapiekonzepte</b>	<b>4</b> <i>deutlich gegeben</i>	<b>3</b> <i>gegeben</i>	<b>2</b> <i>mäßig gegeben</i>	<b>1</b> <i>gering gegeben</i>	<b>0</b> <i>gar nicht gegeben</i>
ABA / VB			+		
TEACCH			+		
PECS			+		
FC				+	
Social-Skriil-Groups (SOKO Autismus)		+			
Social Stories / Comic Strip Convention			+		
Theory-of-Mind-Training		+			
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training		+			
Sensorische Integrationstherapie			+		

## Forschungsergebnisse

**Zutreffende Inhalte des Kriteriums:** Das Konzept wurde wissenschaftlich untersucht und liefert fundierte Ergebnisse. Die Aussagen aus den Studien sind überwiegend positiv.

<b>Förder- und Therapiekonzepte</b>	<b>4</b> <i>deutlich gegeben</i>	<b>3</b> <i>gegeben</i>	<b>2</b> <i>mäßig gegeben</i>	<b>1</b> <i>gering gegeben</i>	<b>0</b> <i>gar nicht gegeben</i>
ABA / VB		+			
TEACCH		+			
PECS			+		
FC				+	
Social-Skriil-Groups (SOKO Autismus)			+		
Social Stories / Comic Strip Convention				+	
Theory-of-Mind-Training				+	
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training					+
Sensorische Integrationstherapie				+	

### Integration weiterer Förder- und Therapiekonzepte

**Zutreffende Inhalte des Kriteriums:** Für eine multimodale Förderung ist es von entscheidender Bedeutung, ob ein Konzept weitere Verfahren zulässt. Viele Konzepte decken lediglich bestimmte Schlüsselbereiche ab. Um eine umfassende Förderung anbieten zu können, bedarf es Ergänzungen durch weitere Verfahren.

Förder- und Therapiekonzepte	4 <i>deutlich gegeben</i>	3 <i>gegeben</i>	2 <i>mäßig gegeben</i>	1 <i>gering gegeben</i>	0 <i>gar nicht gegeben</i>
ABA / VB				+	
TEACCH	+				
PECS		+			
FC			+		
Social-Skriil-Groups (SOKO Autismus)	+				
Social Stories / Comic Strip Convention		+			
Theory-of-Mind-Training		+			
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training		+			
Sensorische Integrationstherapie		+			

### Generalisierung und Übertragung des Gelernten auf den Alltag

**Zutreffende Inhalte des Kriteriums:** Die Förderung wird in den Kontext natürlicher und alltäglicher Situationen gestellt. Das Konzept liefert einen Beitrag zur Förderung des Gelernten im Alltag. Eine Förderung kann vor allem dann erfolgreich sein, wenn das Gelernte in diversen alltäglichen Situationen geübt wird. Dafür bedarf es ausreichend Zeit und Personal.

Förder- und Therapiekonzepte	4 <i>deutlich gegeben</i>	3 <i>gegeben</i>	2 <i>mäßig gegeben</i>	1 <i>gering gegeben</i>	0 <i>gar nicht gegeben</i>
ABA / VB		+			
TEACCH		+			
PECS			+		
FC			+		
Social-Skriil-Groups (SOKO Autismus)		+			
Social Stories / Comic Strip Convention			+		
Theory-of-Mind-Training				+	
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training				+	
Sensorische Integrationstherapie		+			

### Umsetzung in der Praxis / Organisation

**Zutreffende Inhalte des Kriteriums:** Zeitliche, personelle, materielle und finanzielle Bedingungen beziehen sich auf ein adäquates Ausmaß:

- zeitliche Bedingungen: abhängig vom jeweiligen Konzept
- personelle Bedingungen: Für eine Einzelförderung werden nicht mehr als eine Person benötigt
- materielle Bedingungen: Für die Förderung steht passendes und ausreichendes Material zur Verfügung und kann in zahlreichen Situationen eingesetzt werden
- finanzielle Bedingungen: Bei der Umsetzung des Konzeptes entstehen keine oder nur geringe Kosten

Unangemessene Bedingungen können die Förderung belasten. Das Konzept führt nicht zu Über- und Unterforderungen und das familiäre Zusammenleben wird nicht beschränkt.

<b>Förder- und Therapiekonzepte</b>	<b>4</b> <i>deutlich gegeben</i>	<b>3</b> <i>gegeben</i>	<b>2</b> <i>mäßig gegeben</i>	<b>1</b> <i>gering gegeben</i>	<b>0</b> <i>gar nicht gegeben</i>
ABA / VB				+	
TEACCH		+			
PECS			+		
FC				+	
Social-Skriil-Groups (SOKO Autismus)		+			
Social Stories / Comic Strip Convention		+			
Theory-of-Mind-Training		+			
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training		+			
Sensorische Integrationstherapie			+		

### Interpretation / Verstehbarkeit der Methode

**Zutreffende Inhalte des Kriteriums:** Die Methoden des Konzeptes sind für Betroffene, Eltern, Pädagogen und Therapeuten eindeutig zu verstehen, so dass Missverständnisse möglichst ausgeräumt werden können und Fehlhandlungen sowie Manipulationen unterbleiben.

<b>Förder- und Therapiekonzepte</b>	<b>4</b> <i>deutlich gegeben</i>	<b>3</b> <i>gegeben</i>	<b>2</b> <i>mäßig gegeben</i>	<b>1</b> <i>gering gegeben</i>	<b>0</b> <i>gar nicht gegeben</i>
ABA / VB			+		
TEACCH		+			
PECS		+			
FC				+	
Social-Skriil-Groups (SOKO Autismus)		+			
Social Stories / Comic Strip Convention		+			
Theory-of-Mind-Training			+		
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training				+	
Sensorische Integrationstherapie			+		

## Eingehen auf autismusspezifischen Förderbedarf

**Zutreffende Inhalte des Kriteriums:** Das Konzept bezieht sich auf Interventionen hinsichtlich der Symptomatik aus dem Autismus-Spektrum.

<b>Förder- und Therapiekonzepte</b>	<b>4</b> <i>deutlich gegeben</i>	<b>3</b> <i>gegeben</i>	<b>2</b> <i>mäßig gegeben</i>	<b>1</b> <i>gering gegeben</i>	<b>0</b> <i>gar nicht gegeben</i>
ABA / VB	+				
TEACCH	+				
PECS		+			
FC				+	
Social-Skril-Groups (SOKO Autismus)	+				
Social Stories / Comic Strip Convention		+			
Theory-of-Mind-Training		+			
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training			+		
Sensorische Integrationstherapie			+		

Die Förder- und Therapiekonzepte erreichten jeweils eine Gesamtpunktzahl von:

<b>Förder- und Therapiekonzepte</b>	<b>Summe gesamt:</b>
ABA / VB	22
TEACCH	29
PECS	23
FC	12
Social-Skril-Groups (SOKO Autismus)	28
Social Stories / Comic Strip Convention	23
Theory-of-Mind-Training	22
Aufmerksamkeits-Interaktions-Training	19
Sensorische Integrationstherapie	21





## Farben

Jedem Kind wurde eine Farbe zugeordnet. Ziel war es, die Umgebung des Förderortes so zu strukturieren, dass eine Handlungssicherheit und eine Selbständigkeit erreicht werden kann. Dieses war gerade zu Beginn der Förderung im Schneckenhaus für die Kinder sehr hilfreich. Den Kindern wurde durch die Farben eine Orientierung geboten, welche sich anhand diverser Mittel (Garderobenplatz, Matratzen, Kopfkissen, Handtücher, Zahnputzbecher...) durch die gesamte Förderzeit vollzog und sich am nächsten Tag wiederholte. Im Laufe der Zeit verringerte sich der Bedarf an dieser sicherheitsgebenden Struktur, so dass die Farbverteilung zum aktuellen Zeitpunkt hauptsächlich noch aus hygienischen Aspekten verwendet werden.



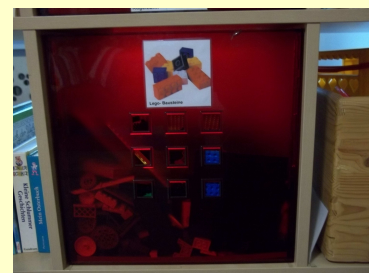
## Raumeinteilung

Im Schneckenhaus werden hauptsächlich Regale verwendet um den Raum hinsichtlich bestimmter Tätigkeiten zu teilen. Die Förderaktivitäten sind im Schneckenhaus an bestimmte Örtlichkeiten gebunden. Ziel ist es, eine klare räumliche Umgebung für eine Handlungssicherheit und Selbständigkeit zu erreichen. Dazu bedarf es einer klaren Aufteilung der Tätigkeiten hinsichtlich ihrer Örtlichkeit. Die Kinder sollen wissen, was wo ausgeführt werden soll.



## Bildkarten

Welche Spiel-, Bastel-, Mal- und Arbeitsmaterialien wo zu finden sind, wird mittels Bildkarten visualisiert. Ziel ist es, über die Visualisierung eine Ordnung zu schaffen. Die Kinder sollen wissen, was sie wo finden können und wohin sie das Material wieder bringen müssen, wenn sie mit der entsprechenden Aktion fertig sind. Ihre Selbständigkeit soll dadurch erhöht werden. Gegenstände haben ihren festen Platz, womit eine Routine und eine Verlässlichkeit geboten wird.



## Verhaltenstherapeutische Elemente im Schneckenhaus (3)

### Response-Cost/Verstärkung/Token-System



Ein verhaltenstherapeutisches Element, welches unter anderem im Schneckenhaus verwendet wird ist das Token-System. Es Kind hat zwei Lernaufgaben, auf die es während des „Schneckenhaustages“ achten und einhalten soll. Die Lernaufgaben beinhalten individuelle Förderziele, wie zum Beispiel „Ich bleibe auf meinem Platz“ oder „Ich frage nach, ob ich mitspielen darf.“ Die erwarteten Anforderungen der Lernaufgaben werden visuell dargestellt. Am Ende des Schneckenhaustages wird in

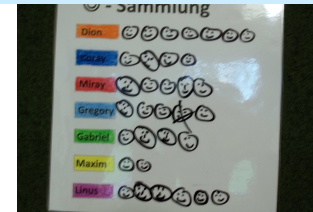
der so genannten „Abschlussrunde“ mit dem Kind darüber reflektiert, ob die Lernaufgaben erfolgreich bewältigt werden konnten. Ist dieses gegeben, erhält das Kind eine Belohnung in Form eines Raupenkringels (Die Raupe wird so im Laufe der Woche länger) und eine **kleine** Süßigkeit. Ziel ist es den Kindern Eigenverantwortung für ihr Handeln zu vermitteln und



kleinschrittige Förderziele in den Alltag einzubeziehen.

Die Länge der Raupe ist für die Kinder sichtbar. Dem entsprechend können sie sehen, wie erfolgreich sie ihre Lernaufgaben einhalten konnten.

War das gesamte Verhalten an diesem Fördertag besonders positiv, erhält es einen Smily. Werden 10 Smylies erreicht, darf ein Spielmaterial aus einer Belohnungskiste genommen

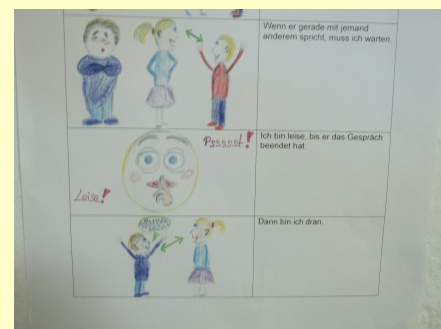
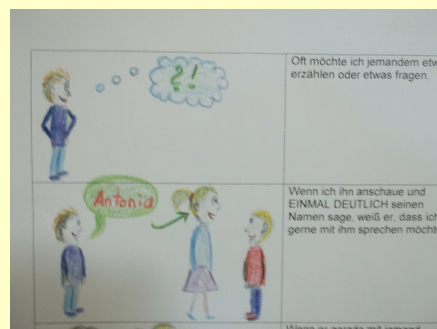
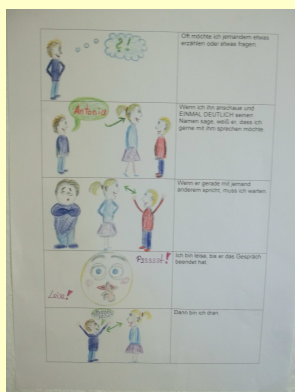


werden.

### Social Stories / Comic-Strip-Convention im Schneckenhaus (3)

Abstrakte zwischenmenschliche Sachverhalte werden im Schneckenhaus durch „Social Stories“ in Verbindung mit „Comic-Strip-Conventions“ für die Kinder verstehbar gemacht. Ziel ist es, das Sozialverhalten der Kinder zu optimieren, indem sie lernen soziale Situationen zu verstehen und adäquate Handlungen und Äußerungen dazu auszuführen. Das zu behandelnde Thema, wie zum Beispiel Gesprächsregeln (siehe Bilder) wird in der „Elefantenrunde“ (Sozialtraining) anhand einer „Social Story“ eingeführt. Im Schneckenhausalltag wird anschließend darauf geachtet, dass die gelernten Inhalte adäquat umgesetzt werden.

Bedürfen einzelne Kinder einer Erklärung bezüglich zwischenmenschlicher Situationen, werden die „Social Stories“ individuell mit dem Kind gestaltet und besprochen. Auch im individuellen Fall wird das Konzept angewandt, wenn einzelne Kinder Schwierigkeiten haben soziale Situationen zu überblicken.



### A3) Entwurf der Interviewfragen

Ziel des Interviews: Einstellung und Haltung bezüglich der Förder- und Therapiekonzepte für Kinder und Jugendliche mit ASS aus Expertensicht erfahren. (Befragte Person: Frau K. vom psychologischen Fachdienst der „Stiftung Jugendhilfe aktiv“, Zuständigkeit für das Schneckenhaus)

Fragestellung	Absicht	Bezug zum Theorieteil
Um welche Zielgruppe handelt es sich in Ihrer Einrichtung?	Herausfinden, aus welcher Zielgruppe es sich aus dem Autismus-Spektrum handelt. Zielgruppe steht im Zusammenhang mit der Anwendung der Konzepte.	Autismus als tiefgreifende Entwicklungsstörung hat verschiedene Varianten und Ausdrucksformen. Welche Varianten von ASS sind bei den Kindern und Jugendlichen im Schneckenhaus anzufinden? -> Kapitel 2
Wie sieht Ihre persönliche Haltung gegenüber Förder- und Therapiekonzepten für Menschen mit ASS aus?	Es soll herausgefunden werden, welche persönliche Haltung eine Expertin zu den Förder- und Therapiekonzepten hat.	Die Anwendung der Förder- und Therapiekonzepte ist auch eine persönliche Entscheidung. Je nach dem wird man solche anwenden. -> Kapitel 3-6 (v.a. Zusammenfassung unter kritischer Reflektion)
Gibt es ein oder mehrere Verfahren, die Sie besonders hilfreich finden und in Ihrer Einrichtung anwenden? Begründung!	Herausfinden, welche Konzepte sich für die Förderung von Kindern und Jugendlichen im Schneckenhaus eignen.	Positive Forschungsergebnisse liefern ABA und TEACCH. Positive Erfahrungsberichte werden bei Sozialtrainings-verfahren beschrieben. Deckt sich das mit den Aussagen der Expertin und mit der Praxis des Schneckenhauses?
Können Sie mir Beispiele nennen, in denen Förderkonzepte besonders hilfreich waren? Wo konnten Erfolge durch Förder- und Therapiekonzepte erreicht werden?	Wie effektiv ist die Förderung durch entsprechende Konzepte im Schneckenhaus? Das soll mit dieser Frage geklärt werden.	-> Kapitel 3-6 (v.a. Zusammenfassung unter kritischer Reflektion)
Gibt es ein oder mehrere Verfahren, das Sie als schädlich bezeichnen würden bzw. schädliche Elemente beinhalten? Begründung!	Herausfinden, welche Konzepte sich für die Förderung von Kindern und Jugendlichen nicht eignen. Sieht die Expertin FC auch als kritisches Verfahren an?	Wird TEACCH z.B. zu rigide angewandt, können Menschen mit ASS in ihrem autistischen Verhalten verstärkt werden. FC steht unter dem Verdacht der Manipulation. Dieses grenzt Personen mit ASS z.B. hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung ein. ABA bindet Eltern stark in die Therapeutenrolle mit ein. Dies kann zu Überforderungen führen und ist mit einem hohen Aufwand verbunden. -> Kapitel 3-6 (v.a. Zusammenfassung unter kritischer Reflektion)
Können Sie mir Beispiele nennen, bei denen Förderkonzepte in Ihrer Einrichtung keine Hilfe sein konnten bzw. Probleme bereitet haben?	Wo stoßen Förderkonzepte in der Praxis des Schneckenhauses an ihre Grenzen? Das soll mit dieser Frage geklärt werden.	
Wann und wo, glauben Sie, grenzen Förderkonzepte Menschen mit ASS (persönlich) ein?	Herausfinden, wo sich Förder- und Therapiekonzepte negativ auf die Selbstbestimmung, auf ein autonomes Handeln, Einstellungen, Haltungen, Meinungen, Ideen etc. auswirken.	Fehlinterpretationen (und inadäquate Anwendung), eine zu geringe individuelle Ausrichtung der Förderung, Missachten der Selbstbestimmung, persönlicher Vorstellungen, Interessen, Wünsche, Einstellungen etc. und ein zu geringes autonomes und flexibles Handeln. -> Kapitel 3-6 (v.a. Zusammenfassung unter kritischer Reflektion)
Was ist für Sie für eine ganzheitliche Förderung für Kinder und Jugendliche mit	Herausfinden, welche Aspekte die Expertin für wichtig erachtet, die zu einer ganzheitlichen	Eine gelingende Förderung ergibt sich nicht nur durch die Anwendung der Förder- und Therapiekonzepte,



ASS wichtig? (Wie sieht eine solche Förderung aus?) Beispiele!	Förderung führen. Sieht sie eine multimodale Förderung als wichtiger Aspekt an?	sondern auch durch die Lehrer- bzw. Pädagogenpersönlichkeit, die institutionellen Rahmenbedingungen, Kooperation mit anderen Institutionen etc. Hinsichtlich der Förder- und Therapiekonzepte ist eine kombinierte Anwendung, welche individuell zugeschnitten ist Erfolg versprechend. -> Kapitel 7 v.a. 7.3
Worin sehen Sie die Stärken und Grenzen der Förderung im Schneckenhaus?	Herausfinden, was eine erfolgreiche Förderung im Schneckenhaus ausmacht und wo diese an Grenzen stößt.	Im Schneckenhaus besteht eine enge Kooperation zwischen den Lehrern und den Sozial- und Heilpädagogen, Integration werden als wichtige Ziele der Förderung angesehen, Enge Zusammenarbeit mit den Eltern und weiteren Institutionen. Dies und Weiteres stellen Stärken dar, die zu einer gelungenen Förderung wesentlich beitragen. -> Kapitel 7
Wie könnte Ihrer Meinung nach eine schulische Förderung gestaltet werden, die Förder- und Therapiekonzepte berücksichtigt bzw. wie können diese in den Unterricht eingebunden werden und wo stoßen sie evtl. an Grenzen?	Herausfinden wie Förderkonzepte in den Unterricht eingebunden werden können und ob die Expertin Förderkonzepte wie TEACCH, ABA, PECS etc. im Bereich der Schule für wichtig erachtet. Wo stoßen diese evtl. in der Schule an Grenzen?	ABA z.B. ist mit einem zeitlich sehr intensiven Aufwand verbunden. Diesen können Lehrer nicht leisten. Spezielle Einzeltrainings wie bei PECS (dort teilweise mit einem hohen personellen Aufwand) können Lehrer oft nicht in einem ausreichenden Maße übernehmen. Lehrer können eine kontinuierliche Stütze bei einer Anwendung des FC-Konzeptes nicht genügen leisten, weil sie sich nicht dauerhaft in eine Eins-zu-Eins-Situation begeben können. TEACCH dagegen bietet Rahmenbedingungen, die das Lernen begünstigen können. TEACCH-Elemente lassen sich in den Unterricht integrieren. Kapitel 7

#### A4) Interview mit Frau P.

<b>Interviewleiter:</b> Jörg Keller	<b>Thema:</b> Förder- und Therapiekonzepte im Schneckenhaus
<b>Befragte Person:</b> Frau P.	<b>Beruf der befragten Person:</b> Diplom Heilpädagogin
<b>Tätigkeitsbereich der befragten Person:</b> Psychologischer Fachdienst	<b>Blau:</b> Jörg Keller <b>Schwarz:</b> Frau P.
<p>Heute geht man von Autismus-Spektrum-Störungen aus. Darunter lassen sich ganz unterschiedliche autistische Verhaltensformen finden. Um welche Zielgruppe handelt es sich in Ihrer Einrichtung?</p> <p>Wir sind ja im Schneckenhaus in der Stiftung Jugendhilfe aktiv und betreuen hier im Rahmen der Sonderschule für Erziehungshilfe und der Jugendhilfe autistische Kinder und Jugendliche im Schulalter, also ab sechs Jahren. Bis maximal zur neunten Klasse können diese bei uns beschult werden und vom Personenkreis sind es Kinder, die eine Diagnose aus dem Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen mitbringen müssen. Diese muss von einem Kinder- und Jugendpsychiater</p>	

oder von der Kinderklinik gestellt sein muss. Im Schneckenhaus werden dann vor allem Kinder und auch Jugendliche mit der Diagnose Asperger-Syndrom, mit Frühkindlicher Autismus, meist in Verbindung mit dem High-Funktioning-Autismus, aber auch mit der Diagnose Atypischer Autismus gefördert und betreut.

#### Abgegrenzt davon, dass die Kinder keine geistige Behinderung haben?

Richtig, genau, das habe jetzt gerade noch vergessen, diesen Part. Also dadurch, dass wir in der Schule für Erziehungshilfe die Bildungsgänge für Förder- und Regelschule haben, müssen die Kinder auch kognitiv diesen Bildungsgängen entsprechen und das ist manchmal diagnostisch schwierig, vor allem bei einer Aufnahme (eines Kindes / Jugendlichen mit ASS ins Schneckenhaus), dass sich manchmal noch nicht ganz so klar festlegen lässt, wie's um das kognitive Potential so bestellt ist. Deshalb haben wir auch ein diagnostisches Jahr eingeführt, dass wir uns da auch vorbehalten, die Kinder evtl. doch wieder umzuschulen oder eben einen geeigneteren Lernort, evtl. auch zu einem späteren Zeitpunkt zu finden, wenn wir das Gefühl haben ein Kind ist evtl. an der Geistigbehindertenschule besser betreut.

#### Wie sieht ihre persönliche Haltung und Einstellung gegenüber Förder- und Therapiekonzepten für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen aus?

Ich bin davon überzeugt, dass man individuelle Lösungen finden muss, dass es keine Pauschal-Allheilmethode gibt. Ja, die besonderen Menschen, wie sie autistische Menschen sind, brauchen auch besondere Angebote. Ja, grundsätzlich denke ich, dass jede Therapie längerfristig durchführbar sein muss. Das heißt, wenn man eine Therapie startet, muss vom zeitlichen Umfang, vom Inhalt, von den Finanzen, das Ganze machbar sein und auch familienverträglich sein. Ich halte nichts davon, wenn sich eine Familie verschuldet, wenn es um eine Delfintherapie in Kalifornien zu machen. Wer sich das leisten kann, soll das gerne tun. Aber ich denke, das muss im Gesamtrahmen passen.

#### Das heißt, wenn die Förderung einen großen Zeitraum in Anspruch nimmt, dann engt das auch das Familienleben ein, sodass für andere Familienaktivitäten weniger Zeit zur Verfügung steht, z.B. so wie es beim ABA-Programm der Fall ist?

Ja genau, das muss die Familie für sich abwägen, denke ich und natürlich engt an sich schon die Existenz eines autistischen Kindes die Familie gewissermaßen massiv ein oder verändert das Familienleben. Und wenn es einer Familie besser geht, wenn sie ein Therapieprogramm zeitaufwändig betreibt, dann kann das für die eine Familie richtig sein und für die andere kann es nicht passen. Dass die Geschwisterkinder Probleme bekommen oder die Ehe auseinander kracht, auf Grund der Belastung, also da denke ich, muss man als Berater oder als Fachperson vorsichtig sein hinsichtlich der Empfehlung, weil ich denke, dass man die gesamten Aspekte der familiären Situation einbezogen sein müssen.

#### Also so, dass man die Familie als System betrachtet und schaut, welche Ressourcen vorhanden sind und welche Aspekte in die Förderung einfließen und das ist nicht nur allein das Förderkonzept, sondern auch viele weitere Nebenfaktoren?

Ja genau und Förderkonzepte grundsätzlich, denke ich, sollten so gut wie möglich im Alltag vernetzt sein. Also ich denke, es hilft auch nur bedingt, etwas im isolierten Zimmerchen zu üben, wenn die Umsetzung in den Alltag dann nicht klappt. Das finde ich auf jeden Fall wichtig. Das muss man bei der Auswahl von Therapiekonzepten unbedingt berücksichtigen.

**Gibt es ein Konzept, von dem Sie glauben, dass dieses gut umgesetzt werden kann?**

Theoretisch kommen da viele Konzepte in Frage. Ich denke, dass man Elemente von ABA umsetzen kann, da ist ja sowieso vom Grundsatz her gedacht, dass Vieles zu Hause läuft, aber auch wenn das in einer Einrichtung geschieht, können da einzelne Übungssituationen in den Alltag einfließen und von den Eltern übernommen werden. Bei TEACCH sowieso, da kann man Vieles weitergeben und konkrete Tipps an die Eltern geben. Auch bei den Kommunikationshilfen, wie PECS und FC, ist das möglich.

**Gibt es ein oder mehrere Verfahren, die Sie besonders hilfreich finden und in Ihrer Einrichtung anwenden?**

Ja grundsätzlich ist unsere Theorie, so zuzusagen, möglichst eine Milieuthherapie zu machen. Also die Alltagsgestaltung so zu wählen, dass sie förderlich ist und da finden wir sehr viel, was wir von TEACCH gebrauchen können, weil wir davon ausgehen, dass es für autistische Kinder der erste wichtige Baustein ist, dass sie möglichst viel Sicherheit im Alltag gewinnen, sich möglichst gut orientieren können, um dann für weitere Lernschritte den Kopf frei zu haben. Deshalb legen wir sehr viel Wert auf die Strukturierung der Räume, auf eine gewisse Ordnung, die erkenntlich ist, viele personelle Strukturen, Tagespläne, Stundenpläne solche Dinge. Und wie gesagt, um den Kindern erst einmal viel Sicherheit und Orientierung zu vermitteln. Ein zweiter Schwerpunkt ist, dass wir auf die Sinneswahrnehmung Wert legen. Das sind dann Elemente aus dem Bereich der Sensorischen Integrationstherapie. Es ist uns wichtig, dass die Kinder Anregungen in allen Sinnesbereichen vorfinden und dass wir uns auch bemühen diagnostisch zu schauen, wer hat wo Stärken und Schwächen, wo muss man evtl. Reize wegnehmen, also, wo braucht ein Kind evtl. ein Kopfhörer, wenn es vom hören her überempfindlich ist, um sich so z.B. bei den Hausaufgaben konzentrieren zu können. Andererseits braucht es evtl. noch mehr Anregung, um den Körper noch mehr zu spüren, wo muss man es zwischen Matten quetschen. Also da sind viele Elemente, die ursprünglich aus der Sensorischen Integrationstherapie und Psychomotorik kommen, die man hilfreich einsetzen kann. Und dazu kommen auch noch ein paar verhaltenstherapeutische Elemente, wie Belohnungssysteme, um bei den Kindern ein Stück weit eine Selbstreflexion anzuregen und ihr Verhalten zu modifizieren und entsprechend fördern.

**Können Sie konkrete Beispiele nennen, wo die Förder- und Therapiekonzepte hilfreich waren? Sie haben schon viel erwähnt, aber fällt Ihnen spontan noch ein ganz konkretes Beispiel ein, das verdeutlicht, dass ein Förderkonzept sehr hilfreich war?**

Besonders merkt man es bei Schulwechslern, bei Kindern, die schon ein paar Jahre irgendwo anders beschult wurden oder auch zwei oder dreimal ein Schulscheitern hinter sich haben, die dann zu uns kommen und sich durch das geordnete Setting oft sehr schnell beruhigen. Das haben

wir mehrfach erlebt, dass auch sehr unruhige Kinder zur Ruhe kommen. Da ist z.B. A. (Jugendlicher mit ASS aus dem Schneckenhaus 2) der am Anfang zunächst fast nicht beschulbar schien, unter seiner großen Unruhe. Und dann, denke ich, durch die ganzen Strukturen und durch die Klarheit, die er in diesem Setting findet und deshalb heute gut beschulbar ist. Durch die Strukturen, die vor allem durch das TEACCH-Konzept gegeben sind.

**Gibt es ein oder mehrere Verfahren, das sie als schädlich bezeichnen würden bzw. schädliche Aspekte beinhalten?**

Also ich persönlich habe hinsichtlich des gesamten Spektrums, was es an Therapien und Fördermethoden so gibt, mit der Festhaltetherapie meine größten Schwierigkeiten. Weil ich da denke, dass ein massiver Eingriff gegeben ist und sich die Kinder deutlich wehren. Da denke ich, dass es selten richtig förderlich ist oder auch schaden kann. Dann denke ich, dass die ganzen kommunikationsunterstützenden Methoden dann schädlich sind, wenn man sie nur sehr punktuell anbietet, also wenn ich z.B. mit einem Kind gestützte Kommunikation anfangen und nur von einem Mitarbeiter mitgetragen wird und von den Lehrkräften abgelehnt oder von den Eltern nicht unterstützt wird. Dann denke ich, ist das, als ob man einem Rollstuhlfahrer seinen Rollstuhl wegnimmt. Das ist bei PECS genau so. Wenn ein Kind nur über einen Computer kommunizieren kann und dieser nicht in vielen Lebensbereichen eingesetzt werden kann, dann denke ich, dass es auch für den Betroffenen frustrierend ist.

Bei der gestützten Kommunikation denke ich auch auf jeden Fall, dass eine Supervision ein wesentlicher Bestandteil ist, weil ja da die Gefahr der Manipulation durchaus gegeben ist. Ich selber glaube an die Methode, also dass sie etwas bewirkt und denke auch dass die Antworten von den Betroffenen kommen können. Aber eine Voraussetzung ist, dass die stützende Person sehr selbstkritisch damit umgeht und sich supervidieren lässt, um dieser Gefahr zu entgehen. Man braucht eine fundierte Ausbildung in diesem Bereich, man muss sich weiterbilden und auch bereit sein, sich regelmäßig zu hinterfragen. Die Gefahr ist einfach bei dieser Methode sehr groß, dass auch unbewusst manipuliert wird.

**Sie haben gesagt, dass sie an die Methode glauben und dass sie funktioniert. Können Sie an einem Beispiel noch einmal näher aufzeigen, welche Erfolge Sie mit dieser Methode beobachten konnten?**

Vom Erklärungsmodell ist es ja so, dass man davon ausgeht, dass durch die Stütze eine Handlungsstörung oder eine motorische Störung ein Stück weit ausgeglichen und dazu die psychische Stütze. Und bei Autisten erleben wir ja häufig, dass es so eine Handlungsstörung gibt, dass sie einen bestimmten Pusch brauchen, um etwas zu tun, vor allem schwerer betroffene Menschen. Und gleichzeitig erlebt man eine massive Ich-Schwäche, auch bei fitteren Kindern, die ganz viel Zuspruch und Bestätigung, psychische Unterstützung brauchen, um etwas zustande zu bringen. Und aus der Kombination heraus, glaube ich, dass diese etwas bewirkt. Ich habe selber vor Jahrzehnten, vor zwanzig Jahren einen Einführungskurs mitgemacht und habe im Rahmen von Therapiestunden auch mit einzelnen Kindern etwas gearbeitet und hatte dann auch einen Jungen,



der mir tippen konnte, ob er einen Keks oder ein Gummibärchen haben möchte. Das ist jetzt eine kleine Sache, von dem ich aber jetzt weiß, dass er inzwischen mit Schulbegleitung, innerhalb der Geistigbehindertenschule sehr wohl kommuniziert. Also die Familie ist damals umgezogen und sie haben es ausbauen können. Bei dem wusste ich damals nicht, wie weit das noch trägt, also ob es begrenzt bleibt, was er noch kommunizieren kann. Aber schon das ist eine Steigerung von seinen persönlichen, individuellen Möglichkeiten, wenn er mir sagen kann, was er lieber haben will. Wenn er mir das mitteilen kann, dann ist mir da jede Methode recht, sage ich mal.

**Hatten Sie den Eindruck, dass der Impuls zur Kommunikation von dem Jungen kommt?**

Ja auf jeden Fall. Ich denke da auch an das Mädchen L. (ehemalige Schülerin des Schneckenhauses, welches mit FC gestützt wird) bei der wir auch gezweifelt haben, ob sie geistig in der Lage ist, diese Sätze zu schreiben. Heute kann sie damit dem Mathe- und Deutschunterricht in der Realschule folgen und es reicht wenn die Stützerin ihr die Hand auf die Schulter legt oder es manchmal auch reicht, wenn sie daneben sitzt. Das sind für mich dann Beispiele, wo ich denke, bei den Personen war es dann eine Hilfe, überhaupt in den sprachlichen bzw. schriftsprachlichen Austausch zu kommen, wenn schon die Verbalsprache nicht so funktioniert. Da denke ich, ist FC eine gute Möglichkeit, für einzelne Personen, nicht für alle. Es funktioniert sicherlich nicht für alle. Bei anderen wird es begrenzt sein. Die Kunst ist es auch hier wieder den individuellen Blick zu behalten.

**Wann und wo, glauben Sie, grenzen Förder- und Therapiekonzepte Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (persönlich) ein?**

Ja ich glaube immer dann, wenn die Konzepte nicht individuell auf die einzelnen Personen abgestimmt sind. Wenn das Konzept wichtiger ist, wenn z.B. die Stundenanzahl, die man nach ABA machen soll oder bei der neurofunktionellen Integrationstherapie, dass man 20 Stunden auf dem Fußboden krabbeln muss, damit das Programm stimmt. Dann glaube ich, dass es auch an den Personen vorbei geht. Aber wenn man sich bemüht auf den Einzelnen und auf das Familiensystem zu schauen und auf die gesamte Familiensituation, dass dann bei fast jedem Förderkonzept Punkte enthalten sind, die hilfreich sein können. Vielleicht nicht alles. Man sollte als Pädagoge oder als Therapeut auch den Mut haben, Förderkonzept an die einzelne Situation anzupassen.

**Was ist für Sie für eine ganzheitliche Förderung für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen wichtig? Wie sieht eine solche Förderung aus Ihrer Sicht zum Beispiel aus?**

Ich finde es ganz wichtig, dass man sich Zeit nimmt, eine möglichst umfassende Diagnostik zu machen, mit Verhaltensbeobachtung in verschiedenen Bereichen, um erst einmal ein Bild zu bekommen, wie das Kind kognitiv und sozial entwickelt ist, wie sind die Sinnesbereiche mit Über- und Unterempfindlichkeiten, wie ist die familiäre Situation und eben daraus individuelle Hilfen zu basteln, die aus verschiedenen Methoden bestehen können.

**Worin sehen Sie die Stärken und Grenzen der Förderung im Schneckenhaus?**

Im Grunde genommen liegt die Stärke darin, dass durch die enge Zusammenarbeit, dass es ein

Team gibt aus Lehrkräften (Sonderschullehrer und eine Realschullehrerin) und pädagogischen Betreuern (Sozial- und Heilpädagogen) in enger Zusammenarbeit mit den Eltern und dem Jugendamt als Kostenträger, dass es da möglich ist eben möglichst viele Blickwinkel einzubringen, erst einmal in den diagnostischen Blick, was braucht das Kind, welche Unterstützung und möglichst wenig Reibungsverluste im Idealfall gegeben sind. Da gibt es ja ein konkretes Ziel, welches von verschiedenen Seiten mit etwas verschiedenen Herangehensweisen aber mit einem gemeinsamen Gesamtkonzept angegangen wird. Und das finde ich eine große Stärke. Dann ist die zweite Stärke, dass im Vergleich zu anderen Schulen, damit dass die Tagesbetreuung mit drin ist, schon der Umfang größer und deshalb eher das was man Milieuthérapie nennt gegeben sein kann, dass man eben einen größeren Zeitraum am Tag der Kinder, in sehr strukturierter Umgebung mit sehr guten personellen Ressourcen fördern kann. Dadurch ist die Chance natürlich größer individuell auf die Kinder einzugehen. Bezüglich der Grenzen sieht es so aus, dass das Jugendamt ein weiterer Bedarf manchmal nicht so sieht. Da denke ich an einen bestimmten Landkreis in unserem Einzugsgebiet, dass da manchmal andere Maßstäbe an einen geeigneten Förderort angesetzt werden, als jetzt die Eltern oder wir als Fachleute. Dass man da einen Zeitdruck hat sozusagen, es auch zu erreichen auch Kinder rückgeführt werden müssen, auch wenn wir das noch nicht als so erfolgreich ansehen. Dann ist auch die Vorgabe durch das Schulamt eine Grenze. Es ist schon schwierig autistische Kinder kognitiv zu diagnostizieren. Und deshalb muss das eine oder andere Kind auch entlassen werden, weil der Entwicklungsschritt noch etwas länger dauert. Und dann ist es so, dass es in Zukunft noch etwas schwieriger wird, weil die Forderung nach Inklusion auch bei uns Einzug hält. Ich denke, dass es für manche Kinder eine große Chance ist, wenn die Begleitung entsprechend gestaltet werden kann, aber viele Kinder brauchen schon diesen Schonraum Schneckenhaus, den wir ja bewusst zusätzlich zu dem anderen Schulsystem, wo es die integrativen Hilfen schon länger gab, auch eingerichtet haben, nämlich für die, die diesen Schonraum noch länger brauchen, um erst mal dort auch kognitiv lernen zu können und ihre Energie für das Kognitive übrig haben. Und da ist gerade die Sorge, dass auch unsere Lehrerstellen zusammengestrichen werden und wir diese gute personelle Versorgung, die wir im Moment noch haben, vielleicht nicht mehr haben werden. Das finde ich eine große Grenze. Dann ist es noch so, dadurch, dass wir eine Jugendhilfeeinrichtung sind, immer wieder Familien haben, wo große Belastungen vorzufinden sind, neben der Autismus-Spektrum-Störung, z.B. psychische Erkrankungen der Eltern. Und da ist schon im Hinblick auf die Elternarbeit und das was im Gesamten gegeben werden kann, eine Eingrenzung vorhanden.

Wie könnte Ihrer Meinung nach eine schulische Förderung gestaltet werden, die Förder- und Therapiekonzepte berücksichtigt bzw. wie können diese in den Unterricht einbezogen werden? Wo stoßen diese dort evtl. auch an Grenzen?

Fangen wir mit den Grenzen an. Ich denke an Grenzen stößt alles das, was eben mit Lehrplänen kollidiert. Die Schulische Förderung sollte, wie die gesamte Förderung möglichst individuell ausgerichtet sein. Bei optimaler Besetzung ist es dann auch gut möglich in Krankheitsfällen oder

bei sonstigen personellen Wechslen ist das manchmal schwieriger, so individuell arbeiten zu können, wobei da das Schneckenhaus wiederum das Plus hat, dass man sich zwischen der Schule und der Fördergruppe gegenseitig aushelfen kann, in Krisen. Ich denke, auch eine schulische Förderung tut gut daran, Elemente aus TEACCH zu verwenden, strukturierende Elemente, sehr viel Sicherheit geben durch einen klaren Rahmen und außerdem sollte in der schulischen Förderung die Besonderheit der Sinneswahrnehmungen der autistischen Kindern berücksichtigt werden, auch bei solchen Geschichten, wie der Sitzplatzwahl, wer kann am Fester sitzen, wer braucht eine Wand, wer verträgt es, dass neben ihm ein Bild hängt und wer braucht eine weiße Wand. Um lauter solche Dinge sollte man sich Gedanken machen. Da sollten wir in manchen Dingen auch noch daran arbeiten. Ich habe z.B. gerade noch einmal das Buch von Nicole Schuster (Autorin mit Asperger-Syndrom) gelesen und erfahren, wie schrecklich Neonröhren sind. Das ist z.B. ein Punkt. Auch in der Schule gilt, einen möglichst individuellen diagnostischen Blick zu behalten und individuelle Lösungen für die Förderung zu finden. Eine Offenheit für individuelle Lösungen ist wichtig, eine Gefahr, die sich im Bereich der Schule, mehr als in der Fördergruppe ergibt ist ja der, dass man den Lehrauftrag oder den Lehrplan erfüllen möchte. Und da ist die Gefahr doch etwas größer, dass man versucht, am Schluss doch wieder alle über einen Kamm zu schert. Das ist jetzt schlecht ausgedrückt, ja aber die gleichen Kriterien für alle anlegt. Und ich denke, dass man sich da im Rahmen der Sonderschule aber ein Stückchen freier machen muss.

Sie haben häufig erwähnt, dass man Elemente aus einzelnen Förderkonzepten verwenden soll. Sie sehen es also so, dass für eine individuelle Förderung nicht nur ein Förder- oder Therapiekonzept angewendet werden, sondern bestimmte Elemente aus mehreren Verfahren für die individuelle Förderung zusammengestellt werden sollte?

Ja genau, so ist meine persönliche Meinung. Es gibt natürlich Verfechter von einer Therapierichtung. Wenn ich z.B. ABA konsequent machen will, mit 20 Stunden oder so, dann bleibt natürlich nicht viel Zeit und Raum für Anderes. Aber ich denke, dass die Probleme der Kinder so vielschichtig sind, dass man diesen mit vielschichtigen Förderangeboten begegnen kann und darf, soweit diese sich inhaltlich oder von der Vorgehensweise nicht massiv widersprechen. Da bin ich davon überzeugt, dass man den Kindern gerechter wird, als wenn ich mir jetzt eine Therapiemethode aussuche und nur nach der arbeite.

**Glossar**

Antezedenz	Vorleben, Lebensgeschichte
Autismus-Spektrum-Störungen	tiefgreifende Entwicklungsstörung, die die Hauptarten (Frühkindlicher Autismus, Asperger-Syndrom, Atypischer Autismus, Desintegrationsstörungen und Rett-Syndrom) umfasst
Differenzialdiagnose	Störungsbilder oder Erkrankungen, die alternativ aufgrund der auftretenden Symptome in Betracht zu ziehen sind
Echolalie	beständiges Wiederholen von Sätzen oder Wörtern
elektisch	griech. = zusammengelesen, auswählend, aus allen Therapien, die zweckmäßigste auswählen
Empathie	Einfühlungsvermögen
Epidemiologie	Wissenschaft, die sich mit den Ursachen Faktoren und der Verteilung von Erkrankungen befasst
Interaktion	Handlung zwischen zwei oder mehreren Personen (ablaufend)
Komorbidität	Begleiterkrankung
Prävalenz	Krankheitshäufigkeit
repetitiv	sich wiederholend
Stereotypie	sich wiederholende Verhaltensweisen, die zum Teil zwanghaften Charakter haben
Symptome	Zeichen, das auf eine Erkrankung hinweist



---

HFA	High-functioning-Autismus
ICD	(engl.): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IQ	Intelligenzquotient
LFA	Low-functioning-Autismus
PECS	Picture Exchange Communication System
S.	Seite
SOKO	SOziale KOmpetenz
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children dt.: Behandlung und pädagogische Förderung autistischer und in ähnlicher Weise kommunikationsbehinderter Kinder
ToM	Theory of Mind
u.a.	und andere
usw.	und so weiter
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel



**Versicherung**

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken gegebenenfalls auch elektronischen Medien entnommen sind, durch Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht wurden. Entlehnungen aus dem Internet sind durch einen datierten Ausdruck belegt.

Reutlingen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_